

傳真號碼：3956 8974

電郵地址：yd@hkphab.org.hk



香港傷健協會
HONG KONG PHAB ASSOCIATION

青年發展 (支援特殊教育需要青年服務)
轉介機構聲明

(只供職員填寫)

申請編號：_____

個人資料收集聲明

茲聲明以下提供的資料確實無誤，並已取得申請人及其家庭成員之同意發放其個人資料及申請進行是項家居改善工程之服務計劃。如個人資料不足，將對申請構成影響。如提供任何失實資料，會方有權撤銷此項申請。

(一) 轉介者資料

轉介人姓名：_____ (先生/女士)* 職位：_____

機構名稱：_____ 所屬單位：_____

聯絡電話：_____ 傳真號碼：_____

電郵地址：_____

(二) 聲明

鑑於本機構未能提供申請人_____ (申請人姓名) 有關其特殊教育需要的診斷報告，故此本服務單位/機構/學校* 特此聲明及證實上述申請人已被相關專業人士診斷和評核患有_____ (特殊教育需要的診斷名稱)，並 有接受/沒有接受* 智力測試 (智力水平為_____)。

*請刪去不適用者

診斷機構或人士：
 教育局教育心理學家 醫院管理局的精神科醫生/臨床心理學家
 社會服務機構的臨床心理學家或職業治療師(機構名稱：_____)
 私人執業人士 (專業人士姓名：_____)

轉介人簽署：_____ 填寫日期：_____

機構蓋印：
