

# 「安居樂」生活改善計劃

主辦機構： 香港傷健協會  
Hong Kong PHAB Association

贊助：何金容基金

## 申請表格

收表日期：\_\_\_\_\_

收表人：\_\_\_\_\_ 編號：\_\_\_\_\_

### 個人資料收集聲明

所提供的資料只作本計劃之審核用途。除個人資料（私隱）條例所訂明的豁免或由於資料在保留期間後已被刪除外，你有權查閱和改正你的個人資料。查閱和改正個人資料的要求應以書面向香港傷健協會行政經理（地址：香港北角百福道 21 號 14 樓 1402 室香港傷健協會總辦事處）提出。

## （一）申請人資料

申請人姓名：	(中文)	(英文)	性別：	男 / 女
年齡：	身份證號碼：	監護人姓名：	(如適用)	
聯絡電話：	(家)	(手提)		
地址：				
婚姻狀況：	未婚 / 已婚 / 同居 / 分居 / 離婚 / 鰥寡			
經濟狀況：	綜援(檔號： ) / 傷殘津貼(檔號： ) / *低收入家庭/其他(請註明)：			
傷殘狀況：	手動輪椅使用者	電動輪椅使用者	手叉使用者	拐杖使用者 / 其他(請註明)：
居所類型：	公屋 / 居屋 / 私人樓宇 / 其他：		居所業權：	自置 / 租賃 / 其他：

\*「低收入家庭」指家庭住戶每月收入少或等於全港相同人數住戶之入息中位數 75%(以香港特區政府最新公佈為準)，詳情可參考申請須知。

## （二）家庭狀況

姓名	與申請人關係	性別	年齡	職業	過去十二個月之總收入(港幣)	
					薪金	其他
	申請人					

遞交申請表須附上申請人及所有同住家庭成員之收入證明副本(如稅單)

### (三) 醫療狀況

申請人現時有否往醫院／診所作定期覆診？		<input type="checkbox"/> 有(請答下題)	<input type="checkbox"/> 沒有
申請人應診哪些專科?(請註明):			
申請人正接受哪間醫院／診所的治療?(請註明):			
申請人現時申請之項目有否曾接受其他職業治療師評估?	<input type="checkbox"/> 有(請註明)	機構名稱: _____	
		聯絡人及電話: _____	
		如屬醫院治療師, _____	
		預計離院日期: _____	
	<input type="checkbox"/> 沒有		
如申請本計劃之 <u>物理治療服務</u> 必須填寫:			
申請人現時有否接受物理治療服務?	<input type="checkbox"/> 有(請註明)	機構名稱: _____	
		聯絡人及電話: _____	
		如屬醫院治療服務, _____	
		預計結束治療日期: _____	
	<input type="checkbox"/> 沒有		

### (四) 使用社會福利服務狀況

4.1 申請人現時有否使用為殘疾人士提供的社區支援服務?	<input type="checkbox"/> 有(請答下題)	<input type="checkbox"/> 沒有
4.2 申請人使用為殘疾人士提供的社區支援服務(請☑):		
<input type="checkbox"/> 殘疾人士地區支援中心的職業治療或物理治療服務 <input type="checkbox"/> 嚴重殘疾人士家居照顧服務--職業治療或物理治療服務 <input type="checkbox"/> 嚴重肢體殘疾人士綜合支援服務--職業治療或物理治療服務 <input type="checkbox"/> 日間社區康復中心之康復訓練; 預計結束訓練日期_____		
4.3 申請人現時有否使用長者提供的社區照顧及支援服務?	<input type="checkbox"/> 有(請答下題)	<input type="checkbox"/> 沒有
4.4 申請人使用為長者提供的社區照顧及支援服務(請☑):		
<input type="checkbox"/> 改善家居及社區照顧服務--職業治療或物理治療服務 <input type="checkbox"/> 綜合家居照顧服務--職業治療或物理治療服務 <input type="checkbox"/> 長者日間護理中心--職業治療或物理治療服務		



