

職員專用：CSSA OALA <75% Others

申請表格

個人資料收集聲明

本聲明是由香港傷健協會（下稱協會）根據香港特別行政區法例第 486 章《個人資料（私隱）條例》而作出。閣下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，或已達成使用目的/年期後銷毀，閣下有權就協會備存個人資料提出查閱及改正要求。查閱和改正個人資料的要求應以書面向社區支援服務部主管（地址：新界大埔廣福邨廣平樓地下 107 及 109 室）提出。

請用正楷填寫本表格，連同所需的證明文件郵寄或親身遞交至本會「賽馬會傷健體適能中心」，信封面註明：「邵氏基金會痛症管理流動中心」。如欲查詢，請致電 6151 1059。

甲部、申請人資料

申請人姓名： (中文) (英文) 性別： 男 / 女

出生日期： 年 月 日 身份證號碼：

聯絡電話： (住宅) (手提)

通訊地址：

緊急聯絡人姓名： 關係： 聯絡電話：

申請人類別： 長者 / 傷殘人士 / 長者之照顧者 / 傷殘人士之照顧者

經濟狀況： 是否受惠於指定的政府資助計劃？
是（請註明）：
 （不須填寫乙部）
否（須填寫乙部、家庭狀況）

乙部、家庭狀況（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）

姓名	與申請人關係	性別	年齡	職業	過去三個月之總收入(港幣)	
					薪金	其他
	申請人					

* 你是從哪裡知道本計劃的服務？

- 中心通訊 中心網頁 宣傳單張 報章雜誌 商場攤位 街上橫額
朋友介紹 醫生/醫院（請註明：_____） 其他（請註明：_____）

聲明

本人茲聲明以上資料確實無誤，並已取得家庭成員之同意發放其個人資料申請本計劃之服務。本人明白如資料不足，將影響申請進度及結果 及 如提供任何失實資料，會方有權撤銷此項申請。

本人 同意 不同意授權香港傷健協會將本人/申請人資料按需要作服務轉介之用。

申請人/監護人簽署：_____ 日期：_____

轉介人姓名：_____ 轉介人聯絡電話：_____

轉介人簽署：_____ 日期：_____

由職員填寫

核對已備有之申請參考文件：

- 填妥之申請表格
- 申請人身份證副本
- 申請人及所有同住家庭成員之薪金/收入證明副本（如稅單）
- 申請人綜合社會保障援助計劃文件副本
- 長者生活津貼文件副本
- 在職家庭津貼文件副本
- 學校書簿津貼計劃文件副本
- 幼稚園及幼兒中心學費減免計劃文件副本
- 少於家庭住戶每月入息中位數的 75%
- 申請日期半年內由註冊西醫發出的物理治療轉介信（如適用）

收表日期：_____ 收表職員簽署：_____

- 申請人符合資格
 - 申請人不符合資格，原因：_____
- 建議跟進：_____

審批職員簽署：_____ 審批職員姓名/職位：_____

審批日期：_____

覆核職員簽署：_____ 覆核職員姓名/職位：_____

覆核日期：_____