

# 「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 / 電動輪椅 / 手叉 / 拐杖 / 其他 使用者 / 使用者 / 使用者 / 使用者 / (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

申請人現時有否前往醫院／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		

## (五) 服務需要

<b>1. 請填寫申請人因肢體傷殘遇到的家居生活問題：(請詳列問題)</b>	
(1) 進食	<input type="checkbox"/> 自行進食 <input type="checkbox"/> 餵食
(2) 煮食	<input type="checkbox"/> 自行煮食 <input type="checkbox"/> 家人煮食/送飯服務
(3) 如廁	<input type="checkbox"/> 自行處理 <input type="checkbox"/> 需協助
(4) 沐浴	<input type="checkbox"/> 自行處理 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 未能進入沐浴間(原因：_____)
(5) 刷牙/洗臉	<input type="checkbox"/> 自行處理 <input type="checkbox"/> 需協助
(6) 穿衣	<input type="checkbox"/> 自行處理 <input type="checkbox"/> 需協助
(7) 行動 (家中或外出走動)	<input type="checkbox"/> 自行走動 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 未能外出(原因：_____)
(8) 轉移 (如由床過輪椅等)	<input type="checkbox"/> 自行轉移 <input type="checkbox"/> 需協助 <input type="checkbox"/> 其他：_____
(9) 藥物管理	<input type="checkbox"/> 按時依量服食 <input type="checkbox"/> 未能恰當處理 <input type="checkbox"/> 其他：_____
(10) 血壓/糖尿管理	<input type="checkbox"/> 按時自我檢查 <input type="checkbox"/> 未有進行 <input type="checkbox"/> 其他：_____
(11)其他	
<b>2. 擬申請生活改善計劃之項目：</b>	
<input type="checkbox"/> 家居復康設備改裝	(請選擇： <input type="checkbox"/> 斜台 <input type="checkbox"/> 扶手 <input type="checkbox"/> 洗手間/浴室改裝 <input type="checkbox"/> 擴潤出入口 <input type="checkbox"/> 其他：_____)
<input type="checkbox"/> 復康用具	(請列明：_____)
<input type="checkbox"/> 職業治療之家居運動或照顧者照顧技巧訓練	
<input type="checkbox"/> 物理治療訓練	
<input type="checkbox"/> 家居護理諮詢及指導	

## (六) 轉介社工評估

轉介機構／單位名稱：	
通訊地址：	
轉介社工姓名及職位：	電郵：
聯絡電話：	傳真號碼：
1. 轉介社工開始跟進申請人日期：	年 月 日
2. 申請人之殘疾或傷病情況：(可多於一項) <input type="checkbox"/> 中風(年期：_____) / <input type="checkbox"/> 截肢(請註明：_____) / <input type="checkbox"/> 小兒麻痺 / <input type="checkbox"/> 肌肉萎縮 / <input type="checkbox"/> 大腦麻痺 / <input type="checkbox"/> 脊椎受損 / <input type="checkbox"/> 其他：(請列明：_____)	
3. 申請人之生活狀況： <input type="checkbox"/> 在學 / <input type="checkbox"/> 工作 ( <input type="checkbox"/> 全職/ <input type="checkbox"/> 半職) / <input type="checkbox"/> 無業	
4. 轉介社工推薦申請人原因： _____ _____	
5. 申請人正面對的家居意外危險： <input type="checkbox"/> 有，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 沒有	
6. 申請人有否向其他機構提出同樣項目之申請？如有，結果如何？ <input type="checkbox"/> 有，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 沒有	
7. 核對已備有之申請參考文件： <input type="checkbox"/> 填妥申請表格 <input type="checkbox"/> 傷殘津貼或綜援證明文件副本(如適用) <input type="checkbox"/> 申請人身份證副本 <input type="checkbox"/> 殘疾人士登記證(註明肢體殘疾)或 <input type="checkbox"/> 薪金及收入證明(副本) <input type="checkbox"/> 肢體傷殘的醫療證明文件(副本)	
8. 補充資料及其他注意事項： _____ _____	

## (七) 聲明

茲聲明以上資料確實無誤，本人已確認申請人符合申請資格，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。

申請人／監護人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

轉介人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

轉介機構／單位印鑑：\_\_\_\_\_

香港傷健協會 服務單位職員填寫：	安居樂計劃職員填寫：	
遞交單位高級服務經理審核及簽署：	確認接納申請 日期：	確認首次家居探 訪日期：