

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：_____