

邵氏基金會痛症管理流動中心 - 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，傳真或親身遞交至本會「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，請聯絡我們，電話：6151 1059，電郵：mpmc@hkphab.org.hk，傳真：3460 5876。

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：		接受服務地點： ☐ 星期一：油塘邨榮塘樓 ☐ 星期二：元州邨元慧樓 ☐ 星期三：黃大仙下邨龍華樓 ☐ 星期三：小西灣邨瑞益樓 ☐ 星期四：寶雅苑逸和閣 ☐ 星期五：大興邨興昌樓	
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(不須填寫乙部)： ☐ 綜合社會保障援助計劃 ☐ 長者生活津貼 ☐ 在職家庭津貼計劃 ☐ 學校書簿津貼計劃 ☐ 幼稚園及幼兒中心學費減免計劃 ☐ 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 ☐朋友介紹 ☐外展講座 ☐車身
☐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。中心會將申請人部份個人資料轉交至本中心安排之醫療機構作登記視像西醫診症及轉介物理治療之用，而物理治療轉介信將會直接轉交至本中心。
本人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：_____ 轉介人機構：_____

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：_____