



**香港基督教女青年會
賽馬會青健坊
日間復康及護理服務申請表格**

填妥後請郵寄、傳真或電郵交回中心（中心聯絡資料請見頁底）。

收到申請表格及身體檢查報告書後，我們會於3個工作天內與申請人/家屬聯絡，安排服務。

A. 申請人資料

姓名(中文)：		性別:男/女	電 話：	
(英文)：			地 址：	
出生日期：	年 月 日			
身分證號碼：			接受教育年期	
婚姻狀況：	未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 子女數目:___子___女		教育程度：	小學 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/>
居住情況：	獨居 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 傭人 <input type="checkbox"/> 女婿/媳婦 <input type="checkbox"/> 其他:_____		使用方言	
照顧者：	傭人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/>		是否在職：	是，職業_____ 否 <input type="checkbox"/>
			經濟來源：	綜援 <input type="checkbox"/> 普通/高額傷殘津貼 <input type="checkbox"/> 高齡津貼 <input type="checkbox"/> 長者生活津貼 <input type="checkbox"/> 保險 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 其他:_____

B. 家屬聯絡資料

主要聯絡人		第二聯絡人	
姓 名：		姓 名：	
關 係：		關 係：	
地 址：	同上 <input type="checkbox"/>	地 址：	同上 <input type="checkbox"/>
電 話：	(住址)	電 話：	(住址)
	(手提)		(手提)
電 郵：		電 郵：	

有關服務出席、會員健康狀況等重要事項，中心將聯絡主要聯絡人商討；

有關交通接載資料，中心可致電/whats app通知：（請選以下其中一項）

主要聯絡人 第二聯絡人 其他 (姓名:_____ / 電話:_____)

C. 服務需要概況

*請圈出適用者

出席形式：	逢星期一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 <input type="checkbox"/> 上午/下午*	待定 <input type="checkbox"/>
交通接載：	中心安排 <input type="checkbox"/> (來程/回程/往返)*	自行接送 <input type="checkbox"/>

D. 身體檢查須知

為使職員能為服務使用者提供全面而合適的服務，以滿足申請人之服務需要。煩請家屬或申請人帶同本中心的「**身體檢查報告書**」前往**註冊西醫**安排檢查。多謝合作！

申請人簽署：_____（如申請人未能簽署，可省略此部份）

主要聯絡人簽署：_____ 日 期：_____