

填妥後可郵寄、傳真、電郵或Whatsapp交回中心（中心聯絡資料請見頁底）。

中心收到申請表格及身體檢查報告書後，會於3個工作天內與服務使用者/家屬聯絡，進一步安排服務。

A. 服務使用者資料

姓名(中文)：		電話：	
姓名(英文)：		地址：	
性別：	男 / 女		
出生日期：	年 月 日		
身分證號碼：			
婚姻狀況：	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 鰥寡 子女數目：___子___女	使用語言：	
		教育程度：	<input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學
居住情況：	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 傭人 <input type="checkbox"/> 女婿/媳婦 其他：_____	經濟來源：	<input type="checkbox"/> 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：_____
照顧者：	<input type="checkbox"/> 傭人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 家人	是否在職：	<input type="checkbox"/> 是，職業_____ <input type="checkbox"/> 否

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：	<input type="checkbox"/> 同上	地址：	<input type="checkbox"/> 同上
電話：	(住址) (手提)	電話：	(住址) (手提)
電郵：		電郵：	

*有關服務出席、服務使用者的健康狀況、交通接載等資料，中心將與**主要聯絡人**商討。

C. 服務需要概況

*請圈出適用者

申請服務：	<input type="checkbox"/> 日間復康服務 <input type="checkbox"/> 密集復康小組 <input type="checkbox"/> 離院復康計劃
(可選擇多於一項)	<input type="checkbox"/> 個別復康治療及訓練：(<input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 職業治療 <input type="checkbox"/> 言語治療)
預計出席形式：	逢 <input type="checkbox"/> 星期一 <input type="checkbox"/> 二 <input type="checkbox"/> 三 <input type="checkbox"/> 四 <input type="checkbox"/> 五 上午/下午* <input type="checkbox"/> 待定

D. 身體檢查須知

為使中心職員能為服務使用者提供合適的服務，煩請服務使用者/家屬帶同本中心的「**身體檢查報告書**」向香港註冊西醫安排檢查並填寫相關資料。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：_____

地址：九龍窩打老道山文福道五號二樓 電話：2700 1730 Whatsapp: 5698 8616 傳真：2700 1755
電郵：ychmt@ywca.org.hk