

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持有由註冊西醫簽署之物理治療及職業治療轉介信後，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：	(英文及首3位數字)		
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 (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

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：_____