

由：
 機構/單位名稱：
 職員姓名：
 職銜：
 聯絡電話：
 電郵：

致：
女青賽馬會青健坊
 電話：2700 1730
 傳真：2700 1755
 電郵：ychmt@ywca.org.hk

**賽馬會「樂齡e健」離院支援計劃
 服務轉介**

[由轉介同工填寫] (請在適當方格內填寫「✓」)

轉介日期	服務者姓名	聯絡人姓名 (與服務使用者關係)	聯絡電話
		()	
地址			
服務項目	<input type="checkbox"/> 1. 混合模式 (3 個月家居及遙距復康訓練) \$800 > 居住於 <u>九龍西</u> (包括以下地區) <u>九龍城區</u> : 紅磡、土瓜灣、馬頭角、馬頭圍、啟德、九龍城、何文田、九龍塘、畢架山 <u>深水埗區</u> : 美孚、荔枝角、長沙灣、深水埗、石硤尾、又一村、大窩坪、昂船洲 <u>油尖旺區</u> : 尖沙咀、油麻地、西九龍填海區、京士柏、旺角、大角咀 <input type="checkbox"/> 2. 單項模式 (3 個月遙距復康訓練) \$300 > 居住於 <u>港島東</u> (包括以下地區) 天后、寶馬山、北角、鰂魚涌、西灣河、筲箕灣、柴灣、小西灣 <input type="checkbox"/> 3. 模式待定 (如居住非上述地區)		
服務使用者資料			
1. 性別：男 / 女 年齡：_____歲 2. 居住情況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人同住 <input type="checkbox"/> 與外傭同住 3. 照顧者是否同住： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 4. 照顧者是否一同參與培訓 (九龍西適用)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 5. 離院日期：_____			
6. 入院原因：_____			
7. 復康需要：_____			
8. 已備有智能電話 / 平板電腦作培訓之用並接受遙距復康模式： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
9. 家中設有無線網路 (Wifi)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
10. 長者或照顧者具有基本智能電話 / 平板電腦應用知識： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
11. 是否綜合社會保障援助受助人： <input type="checkbox"/> 是 (豁免收費，名額有限) <input type="checkbox"/> 否			
12. 備忘 (如有)：_____			