公益金醫療援助基金

申請編號:

檔案編號File No.:

「悠心計劃」申請表格

A部：申請人個人資料 [請在適當方格內填「✓」]

(1) 姓名：(中文全名)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (英文全名)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(2) 性別：□ 男 / □ 女 (3) 出生日期：\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_

  *年yyyy 月mm 日dd*

(4) 香港身份證號碼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )

(5) 地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(6) 電話：(常用)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (其他)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(7) 曾否成功申請公益金醫療援助基金：□ 沒有 □ 有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（機構名稱）

B部：家庭及經濟情況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 家庭成員名稱 | 年齡 | 與申請人關係 | 職業 | 每月收入($)^ | 資產($)# |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 總數： |  |  |

^收入（扣除強制性公積金計劃的僱員強制性供款）

#資產包括：銀行存款、現金、非自住物業、股票及其他投資等等

 C部：申請原因 [如空位不敷填寫，請另頁詳列有關理由]

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D部：證明文件 [請在適當方格內填「✓」]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | 申請人香港身份證 |  |
| 2. | 地址證明 |  |
| 3. | 申請人及家庭成員之入息證明 / 財政狀況資料  |  |
| 4. | 其他 (請註明) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

E部：本機構跟進轉介同工/其他轉介人(社福機構/學校/醫療機構資料)

(1) 轉介機構： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(2) 轉介單位名稱： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(3) 轉介單位地址： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(4) 轉介人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 職位： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 電郵： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

轉介人簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

F部：津貼發放：(以劃線支票形式發放)

支票抬頭 (收款人全名必須與銀行戶口相同)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

G部：聲明

□ 本人謹此聲明，以上資料均實屬無訛，如有隱瞞或虛報，資助即被終止，本人須退回所領之款項或補償有關損失。資料如有更改，本人必定盡快通知 浸信會愛羣社會服務處。

* 本人承諾於治療服務結束後四星期內繳交單據正本至浸信會愛羣社會服務處，

以玆證明已用作指定援助項目。倘有剩餘金額，將退回浸信會愛羣社會服務處。

申請人姓名： 申請人簽署：

父母/監護人簽署： (如申請人未滿十八歲) 日期：

註： 根據個人資料(私隱)條例，閣下向本機構所提供的個人資料，將會供本機構及「公益金醫療援助基金」為閣下提供援助使用；並在有需要作其他服務轉介時，提供予有關機構。你的個人資料將作保密處理。

 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

以下由審核機構填寫

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 批核人姓名 |  | 覆核主任姓名 |  |
| 簽署 |  | 簽署 |  |
| 日期 |  | 日期 |  |