



Referral by: \_\_\_\_\_ (Name/ Title) Organization: \_\_\_\_\_

Contact no.: \_\_\_\_\_

### 服務轉介/申請表

#### (一) 申請人資料 :

\*姓名 : (中文) \_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_ \*性別 : 男 女 出生年份 : \_\_\_\_\_  
 \*身份證號碼 : \_\_\_\_\_ ( )  
 電郵 : \_\_\_\_\_ \*電話 : \_\_\_\_\_ (家居) \_\_\_\_\_ (手提)  
 教育程度 : 小學以下 小學 中學 大專或以上  
 就業情況 : 全職 兼職 待業 退休 其他 : \_\_\_\_\_  
 經濟狀況 : 綜援 傷殘津貼(標準/高額) 家人支持 儲蓄 其他 : \_\_\_\_\_  
 與使用者關係 : 父母 夫婦 子女 媳/婿 孫 其他 : \_\_\_\_\_  
 與使用者同住 : 是 否 (請填寫第二部份使用者地址)  
 照顧使用者年期 : 一至六個月 七個月至一年 一年以上 其他 : \_\_\_\_\_  
 從何得知此服務 : 醫療/福利機構 : \_\_\_\_\_ 親友介紹 報紙/雜誌 宣傳刊物  
保良局會員 : \_\_\_\_\_ 保良局網站 其他 : \_\_\_\_\_

#### (二) 服務使用者資料 :

\*姓名 : (中文) \_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_ \*性別 : 男 女 \*出生年份 : \_\_\_\_\_  
 \*身份證號碼 : \_\_\_\_\_ ( ) \*地址 : \_\_\_\_\_  
 電郵 : \_\_\_\_\_ 電話 : \_\_\_\_\_ (家居) \_\_\_\_\_ (手提)  
 教育程度 : 小學以下 小學 中學 大專或以上  
 就業情況 : 全職 兼職 待業 退休 其他 : \_\_\_\_\_  
 經濟狀況 : 綜援 傷殘津貼(標準/高額) 家人支持 儲蓄 其他 : \_\_\_\_\_  
 健康情況 : 高血壓 心臟病 糖尿病 認知障礙症 氣管病/肺病 使用氧氣治療 中風  
癌症 \_\_\_\_\_ 帕金森症 骨骼肌肉病 : \_\_\_\_\_ 抑鬱症 其他 : \_\_\_\_\_  
 活動能力 : 臥床 步行短距離(使用助行器 : \_\_\_\_\_ ) 步行長距離(使用助行器 : \_\_\_\_\_ )  
 溝通能力 : 可言語溝通 表情/手勢溝通 書寫溝通 不能溝通 其他 : \_\_\_\_\_  
 視覺 : 正常 障礙(左/右) 失明(左/右)  
 聽覺 : 正常 障礙(左/右) 失聰(左/右)  
 現時使用服務 : 沒有 到戶照顧服務 長者日間中心 其他 : \_\_\_\_\_

簽名 : \_\_\_\_\_

日期 : \_\_\_\_\_

#### (三) 服務需要 :

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_