|  |
| --- |
| 個案編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（服務專用）收到表格日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |



聖雅各福群會

持續照顧服務

長者家居安全綜合服務

《到戶理髮服務》

服務申請表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名：** | 輸入個案姓名 | **性別：** | 選擇項目 | **年齡：** | 輸入個案年齡 |
| **聯絡電話：** | 輸入個案聯絡電話 |
| **現居地址：** | 輸入文字 |

|  |  |
| --- | --- |
| **大廈是否有升降機直達樓層：**  | 選擇項目 |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **居住情況** | **居住狀況** | 選擇項目  | **其他 - 請註明：** 輸入文字 |
| **住所性質** | 選擇項目  | **其他 - 請註明：** 輸入文字 |
| **住所類別** | 選擇項目 | **其他 - 請註明：** 輸入文字 |
| **物業性質** | 選擇項目  |
| **家庭狀況** | **婚姻狀況** | 選擇項目 | **$** 輸入金額 |
|  **子女有否提供日常照顧予申請人：**選擇項目 **（如「是」，必須填寫以下資料）** |
| **經濟狀況 主要收入來源** | 選擇項目 | **$** 輸入金額 |
|  | 選擇項目 | **$** 輸入金額 |
| **身體狀況** |
| **健康狀況** | [ ]  癌症﹝請註明**：**輸入文字﹞ |
| [ ]  有長期病患 | [ ]  血壓高/低 | [ ]  糖尿病 | [ ]  痛風 |
| [ ]  氣管疾病 | [ ]  心臟病 | [ ]  中風 | [ ]  關節炎 |
| [ ]  認知障礙症 | [ ]  慢性氣管疾病 | [ ]  高膽固醇 | [ ]  腎病 |
| [ ]  眼疾﹝請註明**：**輸入文字﹞ | [ ]  精神病﹝請註明**：**輸入文字﹞ |
| [ ]  其他﹝請註明**：**輸入文字﹞ |
| **弱能狀況** | [ ]  沒有 |
|  | [ ]  有 | [ ]  視障﹝請註明**：**選擇項目﹞ | [ ]  聽障﹝請註明**：**選擇項目﹞ |
|  |  | [ ]  肢體傷殘﹝請註明**：**輸入文字﹞ | [ ]  智障人士﹝請註明**：**輸入文字﹞ |
| **行動能力** | 室內 -  | [ ]  正常[ ]  緩慢/困難﹝需使用輔助器具**：**[ ]  輪椅 [ ]  助行架 [ ]  拐杖﹞ |
|  | 室外 -  | [ ]  正常[ ]  緩慢/困難﹝需使用輔助器具**：**[ ]  輪椅 [ ]  助行架 [ ]  拐杖﹞ |
| **溝通能力** | 選擇項目﹝請註明**：**輸入文字﹞ |
| **慣用方言** | 選擇項目﹝請註明**：**輸入文字﹞ |
| **個案是否有傳染病及皮膚病：**[ ] 是 [ ] 否**現患有之傳染及皮膚病歷史：**﹝請註明**：**輸入文字﹞ |

|  |
| --- |
| **申請服務原因及特別注意事項**輸入文字 |
| **轉介機構的配合**★ 服務時 \* [ ] 會 / [ ] 否 提供協助，如有**：**義工輸入數字位 / 員工輸入數字位 協助理髮 [ ] 前 / [ ] 後 之個人清潔#是否願意接受探訪及報導**：**[ ] 是 [ ] 否 |
| **收集個人資料**聖雅各福群會盡力遵守《個人資料(私隱)條例》所列載的規定，依照收集資料時所說明的目的使用該等資料，並確保個人資料得到妥善儲存。閣下提供予本會的個人資料（包括姓名、電話、傳真、電郵及郵寄地址等），以便日後作與閣下通訊、服務推廣、活動/訓練課程邀請或收集意見的用途。另外，參加者的活動相片有可能用作服務通訊、活動推廣、服務交代等用途。除非本會已取得你的同意，否則本會不會使用你的個人資料作上述用途。閣下可以隨時向本會提出要求停止使用閣下的個人資料，此項安排毋須繳付任何費用。 |
| [ ]  **轉介者已向申請者講解「收集個人資料」。（必填）** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **轉介者姓名：** | 輸入文字  | **稱呼：** | 選擇項目 |
| **職 位：** | 選擇項目 |
| **機構名稱：** | 輸入文字 |
| **電 話：** | 輸入文字 | **傳真：** | 輸入文字 |
| **電 郵：** | 輸入文字 |
| **申請日期：** | 輸入日期 |

**★ 必須由社工 / 醫護人員作出轉介。**

**★ 轉介社工 / 醫護人員必須填寫所需資料，並確認資料無誤。**

**★ 轉介社工 / 醫護人員必須作出工作配合。**

地 址**：**香港灣仔堅尼地道100號聖雅各福群會賽馬會社會服務大樓14樓

電 話**：**2831 3283

傳 真**：**3104 3644

電 郵**：**hshservice@sjs.org.hk

表格修訂日期：2024年4月