



惠澤社區藥房

家居醫療用品支援計劃

轉介表格

(聖雅各福群會填寫)

個案編號：_____

收表日期：_____

批核日期：_____

第1部分：申請計劃的資料

申請之醫療用品名稱：_____

申請之醫療用品價格：_____

主診醫院名稱：_____

第2部分：病人資料

2.1 病人資料：

中文姓名：_____ 英文姓名：_____ 性別：男 / 女

出生日期：_____ 子女數目：_____

婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 喪偶 同居

居住狀況：獨居 與配偶 與子女 與其他親友/朋友 (請註明：_____)

住址：_____ 自置 租住

住所電話號碼：_____ 手提電話號碼：_____

若病人現已領取以下資助/津貼，請填寫以下資料並遞交證明文件：

綜合社會保障援助(綜援)計劃 (綜援編號：_____)

高齡津貼 長者生活津貼 普通/高額傷殘津貼

關愛基金 撒瑪利亞基金 其他資助/津貼：(請列明_____)

2.2 轉介社工資料：

醫務人員/社工/主管中文姓名(以正楷填寫)：_____ 電話：_____

機構名稱：_____ 傳真號碼：_____

請列明病人及所有同住家庭成員於遞交本申請表格前最近 6 個月的經濟狀況：

第 3 部分：病人及所有同住家庭成員每月入息及資產

同住家庭成員總人數（包括病人在內）： 人

3.1 病人資料：

情況	每月收入(HKD) (包括佣金、花紅等)	半年總收入(HKD)
<input type="checkbox"/> 全職 / 兼職：公司或機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 失業：由_____月 / 年)至 由_____月/年)/ 至今 <input type="checkbox"/> 已退休：有/沒有退休收入 <input type="checkbox"/> 全職家庭主婦（沒有任何收入） <input type="checkbox"/> 幼兒/學生 <input type="checkbox"/> 其他收入，如子女供養/其他親屬或朋友經濟資助/ 股息/租金/經營生意之利潤等（請說明）： _____ *如沒有入息證明，請填寫「附件一：入息證明聲明書」的文件		

3.2 同住家庭成員

如沒有入息證明，請填寫「附件一：入息證明聲明書」的文件

姓名	年齡	與病人關係	情況	每月收入 (HKD) (包括佣金、 花紅等)	半年總收入 (HKD)
			<input type="checkbox"/> 全職 / 兼職： 公司或機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 失業：由_____月 / 年)至 由_____月/年)/ 至今 <input type="checkbox"/> 已退休：有/沒有退休收入 <input type="checkbox"/> 全職家庭主婦（沒有任何收入） <input type="checkbox"/> 幼兒/學生		

		<input type="checkbox"/> 其他收入，如子女供養/其他親屬或朋友經濟資助/股息/租金/經營生意之利潤等 (請說明)_____		
		<input type="checkbox"/> 全職 / 兼職： 公司或機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 失業：由_____月 / 年)至 由_____月/年)/ 至今 <input type="checkbox"/> 已退休：有/沒有退休收入 <input type="checkbox"/> 全職家庭主婦 (沒有任何收入) <input type="checkbox"/> 幼兒/學生 <input type="checkbox"/> 其他收入，如子女供養/其他親屬或朋友經濟資助/股息/租金/經營生意之利潤等 (請說明)： _____		
		<input type="checkbox"/> 全職 / 兼職： 公司或機構名稱：_____ <input type="checkbox"/> 失業：由_____月 / 年)至 由_____月/年)/ 至今 <input type="checkbox"/> 已退休：有/沒有退休收入 <input type="checkbox"/> 全職家庭主婦 (沒有任何收入) <input type="checkbox"/> 幼兒/學生 <input type="checkbox"/> 其他收入，如子女供養/其他親屬或朋友經濟資助/股息/租金/經營生意之利潤等 (請說明)： _____		

3.3 病人及所有同住家庭成員的總資產 (包括所有在香港及香港以外地方擁有的資產)

銀行/財務機構之存款及儲蓄

(包括所有港幣、外幣、定期、支票、綜合帳戶、投資、證券、賽馬會投注戶口及其他帳戶)

帳戶持有人姓名 (包括聯名戶口)	銀行名稱	帳戶號碼	價值 (HKD)

(如空位不夠應用，請自行複印並繼續填寫)

請詳述申請醫療用品之原因：

特別注意事項： _____

聖雅各福群會惠澤社區藥房之聯絡方法：

(港島區)

地 址：香港灣仔石水渠街 85 號 聖雅各福群會 1 樓 105 室

電 話：2831 3289 傳 真：2834 7300

(九龍區)

地 址：九龍太子荔枝角道 143 號 聖雅各福群會九龍慈惠中心

電 話：2389 9456 傳 真：3104 3621

(九龍區)

地 址：九龍觀塘成業街 10 號 電訊一代廣場 12 樓 C1 舖

電 話：2116 4958 傳 真：3104 3684

第 5 部分：聲明及同意書

聖雅各福群會惠澤社區藥房之家居醫療用品支援計劃 (必須是病人/申請人填寫)

- 本人(簽署人)明白及同意聖雅各福群會向本人索取有關資料，並作為處理本人申請家居醫療用品支援計劃的用途。
- 本人明白及同意此申請表上的所有資料(包括證明文件資料)為完整、準確、適時及真確。
- 如在遞交申請表後，本人及家庭財政狀況有任何變動，本人須立刻通知聖雅各福群會並提供有關資料，亦同意聖雅各福群會可在就該等轉變作撤回或更改任何資助。
- 本人明白及同意如本人故意隱瞞資料，或誤導聖雅各福群會以獲得資助，聖雅各福群會絕對有權撤回任何資助。
- 本人明白及同意聖雅各福群會就本人的申請進行家庭及經濟審查，並明白聖雅各福群會有權拒絕申請。聖雅各福群會保留審批申請的最終決定權。
- 本人明白及同意於聖雅各福群會惠澤社區藥房所領取的任何用品，皆不能轉售、轉讓及退回有關的費用。
- 本人明白及同意，聖雅各福群會批核成功後，資助計劃才正式開始。
- 本人明白及同意，聖雅各福群會有權因應不同的原因，更改、撤回或中止有關的資助計劃。
- 所有合格之申請者，最高資助期為 12 個月。期滿後，申請者須重新遞交最新文件以作重新批核用途。
- 聖雅各福群會聲明：
 1. 聖雅各福群會所收集閣下的個人資料只用作藥物資助計劃的審查用途。本會將不會以任何形式出售、租借及轉讓予任何人士或組織。聖雅各福群會會尊重閣下個人的私隱，並遵守香港個人資料(私隱)條例的規定，病人之個人資料將會被保密。
 2. 病人所提供的資料，將會在 2 年後銷毀。

本人 (即下開簽署人)已細閱並完全明白及同意上述聲明。

申請人簽名	日期
-------	----

附件(一)：入息證明聲明書

本人：_____，身份證號碼：_____

謹此聲明：

甲部：

本人 是在職人士，

職業是 _____，並以現金/支票/銀行轉賬出糧

本人過去六個月的收入，詳請如下：

_____月收入：HK\$_____ _____月收入：HK\$_____

_____月收入：HK\$_____ _____月收入：HK\$_____

_____月收入：HK\$_____ _____月收入：HK\$_____

最近六個月平均收入：_____

於香港，內地及海外沒有任何銀行戶口及其他資產

其他：_____

乙部：

本人同意上述聲明之內容，如本人故意或蓄意作虛假聲明或隱瞞資料，聖雅各福群會保留最終決定權及取消有關申請。

聲明人簽署：_____

聲明人姓名：_____

日期：_____