聖雅各福群會 St. James' Settlement

惠澤社區藥房

藥物資助計劃

申請表格

申請人編號：_____

收表日期 ：_____

批核日期 ：_____

(聖雅各福群會填寫)

第 1 部分：申請計劃的資料

申請之藥物名稱：_____

已服用該藥物:☐ 是 (開始日期_____年____月____日) ☐ 否 (預計開始日期_____年____月____日)

下次覆診日期：_____ 主診醫院名稱：_____

第 2 部分：病人及申請人資料

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：____ 香港身份證號碼：_____(___)

婚姻狀況：☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 同居 ☐ 離婚 ☐ 喪偶

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：_____

緊急聯絡人姓名：_____ 聯絡電話：_____ 與病人關係：_____

如病人現已領取資助/津貼，請填寫以下資料並遞交證明文件：

☐ 沒有

☐ 綜合社會保障援助(綜援)計劃 (綜援編號：_____) 到期日：_____

☐ 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：_____)

若申請人並非病人本人，請填寫此部分。

2.2 申請人資料 (如適用)

中文姓名：_____ 英文姓名：_____ 性別：男 / 女

住所電話號碼：_____ 手提電話號碼：_____

與病人的關係：_____

更新日期：10/2026

第 3 部分：病人及所有同住家庭成員每月入息

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：

一般情況下家庭成員定義

**已婚病人：只計算病人、及其同住配偶。*

**未婚病人：18 歲或以上非受供養的病人會被視為一人家庭*

**未滿 18 歲或受供養的病人則計算其同住父母*

同住家庭成員總人數 (包括病人在內)： ____ 人

3.1 病人資料：

就業情況	最近六個月平均每月收入 (包括佣金、花紅等) (HKD)
☐ 全職 / 兼職：公司或機構名稱： _____ ☐ 失業：由 _____月 / _____年) 至 由 _____月 /_____年) / 至今 ☐ 已退休：有 / 沒有 退休收入 ☐ 全職家庭主婦 (沒有任何收入) ☐ 幼兒 / 學生 ☐ 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)： _____	
小計 (1a)	

3.2 同住家庭成員

姓名	年齡	與病人關係	就業情況	最近六個月平均每月收入 (包括佣金、花紅等) (HKD)
1.			☐ 全職 / 兼職：公司或機構名稱： _____ ☐ 失業：由_____月 / _____年) 至 由_____月 / _____年) / 至今 ☐ 已退休：有 / 沒有退休收入 ☐ 全職家庭主婦 (沒有任何收入) ☐ 幼兒 / 學生 ☐ 其他收入，如子女供養 / 其他親屬或朋友經濟援助 / 股息/租金/經營生意之利潤等 (請說明)：_____	

2.			☐ 全職 / 兼職：公司或機構名稱： _____ ☐ 失業：由_____月 / _____年) 至 由_____月 / _____年) / 至今 ☐ 已退休：有 / 沒有退休收入 ☐ 全職家庭主婦 (沒有任何收入) ☐ 幼兒 / 學生 ☐ 其他收入，如子女供養 / 其他親屬或朋友經濟援助 / 股息/租金/經營生意之利潤等 (請說明)：_____	
			小計 (1b)	

*如沒有入息證明，請填寫 P.8「附件(一)：入息證明聲明書」
(如空位不夠應用，請自行複印並繼續填寫)

第 4 部分：病人及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)

4.1 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)
		小計 (2a)	

4.2 股票/認股證/基金/債券/其他投資項目

持有人姓名	投資項目 名稱/編號及持有數量	價值 (HKD)
	小計 (2b)	

4.3 非自住物業 ： 住宅 / 舖位 / 車位 / 商廈 / 工廠 / 土地 /其他

業主	物業地址	價值 (HKD)
	小計 (2c)	

4.4 附有投資或儲蓄成份等的保單 (如紅利、儲蓄保險的現金價值)

持有人姓名	投保公司名稱及保單編號	價值 (HKD)
	小計 (2d)	

4.5 病人及同住家庭成員的每月收入及總資產價值

	最近六個月平均每月家庭收入 (HKD) 1a+1b	總資產 (HKD) 2a+2b+2c+2d
家庭每月入息及總資產		

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 9 樓 910 室
電　話：2831 3289　　傳　真：3104 3660
(九龍區)
地　址：九龍深水埗福榮街 188 號 曉盈地下 7 號舖
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

(新界區)
地　址：新界沙田火炭山尾街 18-24 號 沙田商業中心 9 樓 917 室
電　話：2116 1276　　傳　真：3104 3601

WhatsApp：5131 3638
網　址：https://charityservices.sjs.org.hk
電　郵：charityservices@sjs.org.hk (歡迎透過電郵遞交申請表)

第 5 部分：聲明及同意書

聖雅各福群會惠澤社區藥房之藥物資助計劃 (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藥物資助計劃的用途。
- 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。
- 本人知悉、明白及同意聖雅各福群會會將病人購買藥物的基本資料，可能包括申請人編號、醫院名稱、購買日期、購買劑量、注射次數/週數、資助金額等資料給予相關的贊助藥廠/公司/善長，而病人之個人資料包括姓名、身份證號碼、住址、電話及相關證明文件等資料，不會給予相關的公司，個人資料將會絕對被保密。
- 本人明白及同意，藥物資助計劃由不同的藥廠/公司/善長贊助，任何不良事件將報告予相關的藥廠/公司。
- 本人明白及同意於聖雅各福群會惠澤社區藥房所購買或領取的任何藥物，皆不能轉售、轉讓及退回有關的藥物及藥費。
- 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. 病人所提供的資料及自費處方藥單，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。

_____ 病人簽名	_____ 日 期

(如非病人本人，請簽署以下部分)

本人 (即下開簽署人)已細閱並完全明白及同意上述聲明。

_____ 申請人姓名	_____ 申請人簽名	_____ 日 期

「藥物資助計劃」

遞交表格須注意的事項及清單

註：請依據不同藥物資助之申請資格，遞交相關的證明文件。(詳情請參閱藥物資助單張)

1. 請確保已填妥全部所需填寫的部份，並於申請表上***簽署***
2. 已準備以下證明文件 (只需遞交***副本)***:
   - ☐ 病人身份證
   - ☐ 同住家庭成員身份證
   - ☐ 病人及同住家庭成員之關係證明文件 (如 結婚證書 / 出世紙 / 租契 / 離婚證明等)
   - ☐ 病人及同住家庭成員之薪金證明文件
   - ☐ 病人及同住家庭成員的其他收入之證明文件 (如有)
   - ☐ 病人及同住家庭成員所持有戶口的**過去 6 個月**之紀錄 (包括銀行存款、股票 / 基金等)
   - ☐ 病人及同住家庭成員之保險證明 (附有投資或儲蓄成份等的保單)
   - ☐ 病人或代領人銀行存摺首頁 (附有姓名及戶口號碼)
   - ☐ 醫院管理局發出之自費處方藥單副本 (如有)
   - ☐ 已購買之自購藥物發票及收據副本 (如有)
3. 請確保填寫的資料及附加文件清晰可見，如申請表或其他證明文件模糊不清，申請者會被要求重新遞交或填寫表格。
4. 請確保在遞交申請時沒有漏掉任何一頁 (包括附加文件)。
5. 申請人必須遞交齊全的文件後，聖雅各福群會才會正式進行審批。由於個案眾多，一般審批時間需時<u>四至六星期</u>處理，如有疑問，請與職員聯絡。

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 ☐ 現時無業。

☐ 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：HK$_____

☐ 本人於香港**沒有**任何銀行戶口及其他資產。

☐ 本人於內地及海外**沒有**任何銀行戶口及其他資產。

☐ 本人及本人的家庭成員**持有**公司或擔任公司的董事。
(請註明公司名稱:_____,並提供相關證明文件。)

☐ 本人及本人的家庭成員**沒有**持有任何公司或擔任任何公司的董事。

☐ 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：_____

附件(二)：轉帳戶口資料 (只適合現金援助計劃)

甲部、如是次藥物資助計劃申請成功，有關資助將會轉帳到以下銀行戶口持有人帳戶：

銀行戶口持有人(須為病人本人)

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

轉帳銀行名稱：_____

轉帳銀行戶口號碼：_____

乙部、授權書

如病人因健康問題/沒有個人戶口而未能遞交甲部資料，可填寫及簽署以下授權書以授權他人代領有關資助。

(*請將不適用者刪去)

本人 _____，現授權_____*先生/小姐，代為領取本人的有關資助，代領人資料如下：

銀行戶口持有人(代領人)

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

與病人之關係：_____

轉帳銀行名稱：_____

轉帳銀行戶口號碼：_____

代領人聯絡電話：_____

聲明：以上資料確實無誤，並附上上述銀行戶口持有人的存摺首頁副本。

_____ 授權人(病人) 簽署	_____ 日 期