聖雅各福群會 St. James' Settlement

惠澤社區藥房

個案編號：_____
收表日期：_____
審批日期：_____
(聖雅各福群會填寫)

《診病交通費支援計劃》
轉介表格

第 1 部分：病人資料

中文姓名：_____ 英文姓名：_____ 性別：男 / 女

出生日期：_____ 年齡：_____ 香港身份證號碼：_____(___)

婚姻狀況：☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 同居 ☐ 離婚 ☐ 喪偶

同住子女數目：____ 非同住子女數目：____ 同住家庭成員總人數：____

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：_____

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：
☐ 沒有

☐ 綜合社會保障援助(綜援)計劃 (綜援編號：_____ 有效日期：_____)

☐ 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 ☐ 其他資助計劃/服務：(請列明_____)

獲得的總資助/津貼金額：港幣$_____

病患狀況：

☐ 癌症：(請列明：_____) ☐ 心臟病 ☐ 眼疾 ☐ 血壓問題

☐ 糖尿病 ☐ 關節炎 ☐ 認知障礙 ☐ 肢體傷殘(殘障身體部份：_____)

☐ 其他(請列明：_____)

第 2 部分：申請計劃的資料

來往醫院或診所的名稱：_____

預計每次來回醫院或診所的交通費用：_____

每月覆診次數：_____

需要乘坐的交通工具：_____

病人乘車時需要使用：☐氧氣機 ☐輪椅 ☐學行架/拐杖 ☐其他工具：_____

第 3 部分：病人及同住家庭成員每月入息及資產

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。如沒有入息證明，請填寫「附件一：入息證明聲明書」的文件)

3.1 病人資料

☐ 全職 / 兼職：公司或機構名稱：_____

☐ 失業：由 _____ 月 /_____年) 至 _____ 月 /_____年) / 至今

☐ 已退休：有/沒有退休收入

☐ 其他收入，如子女供養/其他親屬或朋友經濟資助

☐ 全職家庭主婦 (沒有任何收入)

☐ 幼兒/學生

股息/租金/經營生意之利潤等 (請說明)：_____

最近六個月平均每月收入(包括佣金、花紅等) ：港幣_____

3.2 同住家庭成員 一

姓名：_____年齡：_____與病人關係：_____

☐ 全職 / 兼職：公司或機構名稱：_____

☐ 失業：由 _____ 月 /_____年) 至 _____ 月 /_____年) / 至今

☐ 已退休：有/沒有退休收入

☐ 其他收入，如子女供養/其他親屬或朋友經濟資助

☐ 全職家庭主婦 (沒有任何收入)

☐ 幼兒/學生

股息/租金/經營生意之利潤等 (請說明)：_____

最近六個月平均每月收入(包括佣金、花紅等) ：港幣_____

3.2 同住家庭成員 二

姓名：_____年齡：_____與病人關係：_____

☐ 全職 / 兼職：公司或機構名稱：_____

☐ 失業：由 _____ 月 /_____年) 至 _____ 月 /_____年) / 至今

☐ 已退休：有/沒有退休收入

☐ 其他收入，如子女供養/其他親屬或朋友經濟資助

☐ 全職家庭主婦 (沒有任何收入)

☐ 幼兒/學生

股息/租金/經營生意之利潤等 (請說明)：_____

最近六個月平均每月收入(包括佣金、花紅等) ：港幣_____

3.3 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)

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、股票、證券、附有投資或儲蓄成份等的保單、賽馬會投注戶口及其他現金帳戶)

帳戶持有人姓名 (包括聯名戶口)：_____

銀行名稱：_____

帳戶號碼：_____

港幣價值：_____

帳戶持有人姓名 (包括聯名戶口)：_____

銀行名稱：_____

帳戶號碼：_____

港幣價值：_____

帳戶持有人姓名 (包括聯名戶口)：_____

銀行名稱：_____

帳戶號碼：_____

港幣價值：_____

(如空位不夠應用，請自行複印並繼續填寫)

最近六個月平均每月家庭收入(3.1+3.2)：港幣$_____

病人及同住家庭成員的總資產(3.3) ：港幣$_____

第 4 部分：申請診病交通費支援計劃之原因：

_____

_____

_____

_____

_____

_____

第 5 部分：轉介醫務人員/社工/主管資料

中文姓名(以正楷填寫)：_____ 聯絡電話：_____

電郵：_____ 傳真號碼：_____

職位：_____ 機構名稱：_____

簽署：_____申請日期：_____

第 6 部分：聲明及同意書
有關聖雅各福群會惠澤社區藥房之診病交通費支援計劃 (必須是病人/申請人簽署)

- 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診病交通費支援計劃的用途。
- 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，申請人或其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其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。
- 每位申請者只能夠申請一次診病交通費支援計劃。所有合格之申請者，最高資助期為 12 個月
- 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**

聖雅各福群會惠澤社區藥房之聯絡方法：

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　　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)

「診病交通費支援計劃」
遞交表格須注意的事項及清單

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. 請將轉介表格連同以下證明文件一併遞交 (只需遞交***副本)***:

   ☐ 病人身份證

   ☐ 病人現已領取的資助/津貼證明文件 (如 綜緩證明/高額長者生活證明/其他資助證明)

   ☐ 醫生轉介信(如 闡述病人現時身體情況/醫療狀況)

   ☐ 病人及同住家庭成員過去 6 個月所持有之薪金證明文件或其他收入證明文件

   ☐ 病人及同住家庭成員過去 6 個月所持有之銀行儲蓄記錄、財務機構存款或附有投資或儲蓄成份

   等保單證明

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，一般審批時間需時四至六星期處理，有關審批結果，負責職員會直接與個案聯絡。

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：_____

☐ 本人於香港，內地及海外<u>沒有</u>任何銀行戶口及其他資產。

☐ 本人<u>持有</u>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<u>沒有</u>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：_____

***請附上上述銀行戶口持有人的存摺首頁副本**

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