



聖雅各福群會

《贈藥治病計劃》

轉介表格

個案編號：_____ (聖雅各福群會專用)

姓名：_____ 先生/女士 年齡：_____
地址：_____ 電話：_____

家庭狀況

婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 喪偶 同居
有(子女數目)_____ 沒有

主要照顧者：_____ 關係：_____

收入來源(以每月計算)：綜援金：\$_____ 綜援金編號：_____
高齡津貼 / 長者生活津貼：\$_____
傷殘津貼：\$_____
由子女/家人支持：\$_____
依賴積蓄：\$_____ 退休金：\$_____
其他(如工作/親友之供養，請註明及款項：\$_____)

每月家庭總收入：\$_____

支出總額(以每月計算)：藥物費：\$_____
(請詳細列明現時服用之藥物)_____
租金：\$_____
電費/水費/煤氣費：\$_____/_____/_____
食用：\$_____
其他(請詳述)\$_____

每月家庭總支出：\$_____

居住情況

居住狀況：獨居 與配偶同住 與子女同住
與其他親友/朋友共住(請註明：_____)

住所性質：公共樓宇 私人樓宇 僱員宿舍
其他住所(請註明：_____)

個案姓名：_____

身體狀況

殘障情況：失明/部分失明(程度：_____)心智衰退
失聰/部分失聰(程度：_____)精神病(種類)_____)
肢體傷殘(殘障身體部份_____)
其他(請註明：_____)沒有

病患狀況：氣管疾病心臟病血壓高/低關節炎
糖尿病眼疾癌症其他(請註明：_____)

申請資助藥物的名稱：

請詳述需要服務之原因：

特別注意事項：_____

現時有否接受其他資助計劃/服務？有(請詳述)_____否

是否願意接受採訪及報導？是否

轉介醫務人員/社工/主管中文姓名(以正楷填寫)：_____電話：_____

機構名稱：_____傳真號碼：_____

申請日期：_____

- * 必須提供最近之援助金額通知書副本
- * 必須提供最近購買自費處方藥物之單據副本
- * 必須提供證明文件，如薪金證明及醫生證明文件
- * 必須由醫務人員/社工/主管作出轉介/簽署
- * 轉介醫務人員/社工/主管證實以上資料無誤

地址：香港灣仔石水渠街 85 號一字樓 105 室

電話：2831 3289 傳真：2834-7300

更新日期：11/2015