



聖雅各福群會  
持續照顧服務  
《電費助貧弱》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：\_\_\_\_\_ 身份證號碼：\_\_\_\_\_  
地址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

**家庭狀況**

\*婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 分居 喪偶 同居

子女：有(數目)\_\_\_\_\_ 沒有

\*主要照顧者及聯絡電話：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

\*收入來源：綜援金(連租金) \$ \_\_\_\_\_ 高齡津貼 \$ \_\_\_\_\_  
傷殘津貼 \$ \_\_\_\_\_ 其他津貼 \$ \_\_\_\_\_  
退休金 \$ \_\_\_\_\_ 依賴積蓄 \$ \_\_\_\_\_  
由家人支持 \$ \_\_\_\_\_

其他(如工作及子女/親友之供養，請註明及款項：\_\_\_\_\_)

每月個人/家庭總收入(連高齡、傷殘及其他津貼等等)：\$ \_\_\_\_\_

\*支出項目：電費 / 支付電費者(關係) \$ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

租金(連管理費) \$ \_\_\_\_\_ 水費 / 煤氣費 \$ \_\_\_\_\_ 月 / \_\_\_\_\_ 月

醫療費用 \$ \_\_\_\_\_ 食用 \$ \_\_\_\_\_

其他(請詳述) \$ \_\_\_\_\_

總支出(電費 + 租金 + 食用 + 醫療 + 其他) \$ \_\_\_\_\_

銀行名稱/戶口持有人姓名/ 戶口號碼：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(\* 表示 必須填寫)

現時有否接受其他資助計劃：有(請詳述)\_\_\_\_\_ 否

**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：\_\_\_\_\_〕

住所類別：單位 房間 床位 村屋/石屋/木屋

其他〔請註明：\_\_\_\_\_〕

物業性質：租賃 自置物業

**身體狀況**

健康狀況：氣管疾病 心臟病 血壓 高 / 低 關節炎 糖尿病

眼疾                      癌病                      其他〔請註明：\_\_\_\_\_〕

個案姓名：\_\_\_\_\_

弱能情況： 失明/部分失明〔程度：\_\_\_\_\_〕

失聰/部分失聰〔程度：\_\_\_\_\_〕

肢體傷殘                      心智衰退      沒有

其他〔請註明：\_\_\_\_\_〕

溝通能力： 理想      足夠      不足〔請註明：\_\_\_\_\_〕

慣用方言： 廣東話   國語      上海話      潮州話   福建話   客家話

台山話   其他〔請註明：\_\_\_\_\_〕

請詳述需要服務原因：(請提供相關支持原因，包括支援網絡以及健康狀況等)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

現時所使用之 醫療儀器 及 平均每日使用時間：(必須填寫)

---

\*如版位不足，可另紙書寫。

特別注意事項：\_\_\_\_\_

是否願意接受採訪及報導： 是                      否

轉介醫務人員 / 註冊社工 / 主管姓名及簽署：\_\_\_\_\_

轉介機構名稱：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_\_\_\_

- \* 必須由醫務人員或註冊社工/主管作出轉介/簽署；
- \* 必須下列資料包括 1. 提供最近三張之電費單據副本 2. 最近綜援獲款通知書副本 3. 醫療儀器租用單據副本 4. 醫療儀器用電標籤； 5. 銀行戶口首頁副本
- \* 轉介社工必須作出工作上的配合及全程跟進；
- \* 此計劃一經批核，只會最多資助半年，而所資助款項端視當時善款來源而定；
- \* 個案一經批核，聖雅各福群會將知會社會福利署。

地 址：香港灣仔石水渠街 85 號一字樓 105 室

電 話：2117-5847                      傳 真：2834-7300

更新日期：10/2016