



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：_____
居住地址：_____ 聯絡電話：_____

家庭狀況

*婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 分居 喪偶 同居

子女數目：_____

子女居住地區/ 家庭入息 / 家庭人數: 1. _____/ _____/ _____
2. _____/ _____/ _____
3. _____/ _____/ _____

子女有否提供日常照顧予申請人？ 有 否

經濟狀況

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

每月個人總收入：\$ _____ 每月家庭總收入：\$ _____

*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 \$ _____
其他支出(請詳述) \$ _____

每月總支出(電費 + 租金 + 食用 + 醫療 + 其他) \$ _____

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： 公屋 居屋 私人樓宇 僱員宿舍 村屋/石屋/木屋
 其他住所〔請註明：_____〕
- 住所類別： 床位 房間 (板房/梗房/劏房) 單位
 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 精神病
 其他〔請註明：_____〕
- 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
 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 普通話 英文 其他〔請註明：_____〕

轉介機構有否申請其他資助計劃 / 基金？

- 有
 (計劃名稱：_____)
 (申請結果： 成功批核 申請中未有結果 申請被拒 / 自行取消)
- 沒有

特別注意事項：_____

* 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、電功率 (W) 以及 平均每日使用時間：(必須填寫)

- 氧氣機 (電功率：_____ W / 每日使用時間 _____ 小時)
- 呼吸機 (電功率：_____ W / 每日使用時間 _____ 小時)
- 冷氣機 (電功率：_____ W / 每日使用時間 _____ 小時) <因健康理由而需長期開啟>
- 暖風機 (電功率：_____ W / 每日使用時間 _____ 小時) <因健康理由而需長期開啟>
- 電暖氈 (電功率：_____ W / 每日使用時間 _____ 小時) <因健康理由而需長期開啟>

申請人銀行名稱/戶口持有人姓名/ 戶口號碼： _____ / _____ / _____

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： _____

< 遞交申請注意事項 >

- * 必須由醫務人員或註冊社工/主管作出轉介/簽署；
- * 在遞交申請表時，請查實是否同時遞交下列資料包括：
 - 提供最近三期的電費單據副本
 - 綜接受助者 – 綜援獲款通知書
 - 非綜接受助者 – 需提供半年內的人息證明文件以及銀行存摺 / 月結單
 - 申請醫療儀器租用單據副本
 - 申請的醫療儀器用電標籤 (W)
 - 銀行戶口首頁副本

#未能遞交相關或足夠證明文件，將有可能影響申請人之電費資助申請 #

- * 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，最多資助期為半年，而所資助款項及資助上限端視當時善款來源而定；

地 址：香港灣仔堅尼地道 100 號 14 樓

電 話：2831-3283 傳 真：3104 - 3644

更新日期：11/ 2022