



惠澤社區藥房

聖雅各福群會

《營養福袋餽贈計劃》轉介表格

個案編號：\_\_\_\_\_ (聖雅各福群會填寫)

致：聖雅各福群會 營養福袋餽贈計劃 (傳真號碼：2834 7300)

I. 個人資料

中文姓名：\_\_\_\_\_先生/女士 英文姓名：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 喪偶 同居 子女數目：\_\_\_\_\_

居住狀況：獨居 與配偶 與子女 與其他親友/朋友(請註明：\_\_\_\_\_)

收入來源：綜援金：\$\_\_\_\_\_ (編號：\_\_\_\_\_)

高齡津貼：\$\_\_\_\_\_

普通/高額長者生活津貼：\$\_\_\_\_\_ 普通/高額傷殘津貼：\$\_\_\_\_\_

退休金：\$\_\_\_\_\_ 依賴積蓄：\$\_\_\_\_\_

其他(如工作/租金/子女供養，請註明及款項：\$\_\_\_\_\_)

現時有否接受其他資助計劃？ 有(請詳述)\_\_\_\_\_ 沒有

II. 個案身體狀況

病患狀況：\_\_\_\_\_

\* 癌症病患者 是 / 否 正接受化療或電療 (請圈出適用情況)

殘障情況：有 沒有

失明/部分失明 心智衰退 失聰/部分失聰

精神病(種類：\_\_\_\_\_)

肢體傷殘(殘障身體部份：\_\_\_\_\_)

其他(請註明：\_\_\_\_\_)

III. 轉介機構資料

機構名稱：\_\_\_\_\_

轉介醫務人員/社工/主管中文姓名：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

申請營養奶粉種類：保康速 PROSURE 速癒素 ORAL IMPACT

佳膳適糖 NUTREN DIABETES 佳膳益生 NUTREN OPTIMUM

管飼營養品(請註明：\_\_\_\_\_)

領取地點：

灣仔石水渠街 85 號 聖雅各福群會 1 樓 105 號室 (灣仔港鐵站 A3 出口)

九龍太子荔枝角道 143 號 聖雅各福群會九龍慈惠中心 (太子港鐵站 C2 出口)

九龍觀塘成業街 10 號 電訊一代廣場 12 樓 C1 舖 (觀塘港鐵站 B1 出口)

新界沙田火炭山尾街 18-24 號 沙田商業中心 9 樓 917 室 (火炭港鐵站 B 出口)

申請人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

聯絡電話：2117 5867 林姑娘 傳真號碼：2834 7300 地址：灣仔石水渠街 85 號 聖雅各福群會 1 樓 105 室

\*必須由醫務人員/社工/主管作出轉及簽署

\*所提供的資料無誤必須真確無誤

\*聖雅各福群會保留最終決定權