



惠澤社區藥房

聖雅各福群會

《診病交通費支援計劃》

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 分居 喪偶 同居

子女數目：_____ (如有，請填寫入息和居住地區)

主要照顧者：_____ 關係：_____

收入來源：綜援金：\$_____ 綜援金編號：_____

高齡津貼 長者生活津貼

傷殘津貼：\$_____ 由家人支持：\$_____

依賴積蓄：\$_____ 退休金：\$_____

其他〔如工作/親友之供養，請註明及款項：\$_____〕

每月個人總收入：\$_____

居住情況 --- 租金支出：\$_____

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：村舍/石屋/木屋 房間 一層樓宇

其他〔請註明：_____〕

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(身體部分:_____)

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 癌病

其他〔請註明：_____〕

個案姓名：_____

需要服務的詳細原因：

來往醫院或診所的名稱：_____ 覆診的頻率：_____
預計每次來回交通費費用：_____ 欲乘坐之交通工具：_____
護送者與其之關係/機構：_____ 電話：_____

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/社工/主管姓名：_____ 電話：_____ 傳真：_____
機構名稱：_____ 申請日期：_____

- * 必須提供最近之援助金額通知書副本
- * 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