



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