|  |
| --- |
| 個案編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（服務專用）收到表格日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |



**聖雅各福群會**

**持續照顧服務**

**《長者家居安全綜合服務》**

**服務申請表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名：** | 輸入個案姓名 | **性別：** | 選擇項目 | **年齡：** | 輸入個案年齡 |
| **聯絡電話：** | 輸入個案聯絡電話 |
| **現居地址：** | 輸入文字 |
| **新居地址（如適用）：** | 輸入文字 |
| **大廈是否有升降機直達樓層：**  | 選擇項目 |

|  |  |
| --- | --- |
| **申請項目****（可多選）** | [ ]  A. **長者家居維修服務**（請選以下合適項目；可多選）[ ]  A1. **新居入伙套裝** - 鋪設膠地板；安裝窗簾路軌、燈膽、掛勾；添置新居傢俱等[ ]  A2. **家居防跌評估套裝** - 安裝扶手、浴室防滑地墊/防滑貼、沖涼椅等[ ]  A3. **家居閃燈組合套裝** - 安裝無線閃燈門鐘、閃燈擴音家居電話等[ ]  A4. **家居設施檢查及維修服務** - 電力維修、來去水維修、電器維修等 |
| [ ]  B. **電器贈長者服務** - 添置大小型家用電器[ ]  C. **送涼行動 / 送暖行動** - 添置季節性電器及物品 |
| [ ]  D. **居家健康支援服務** - 提供到戶養生及痛症紓緩運動、藥物管理、中醫義診等 |
| **居住情況**\*（請填寫新居狀況） | **居住狀況** | 選擇項目  | **其他 - 請註明：** 輸入文字 |
| **住所性質** | 選擇項目  | **其他 - 請註明：** 輸入文字 |
| **住所類別** | 選擇項目 | **其他 - 請註明：** 輸入文字 |
| **物業性質** | 選擇項目  |
| **家庭狀況** | **婚姻狀況** | 選擇項目 | **子女數目** | 輸入數字 |
| **子女有否提供日常照顧予申請人﹕** | 選擇項目 **（如「是」，必須填寫以下資料）** |
|  |  | **居住地區** | **每月家庭入息** | **家庭人數** |
| 子女一**：** | 輸入文字 | **$** 輸入金額 | 輸入數字 |
| 子女二**：** | 輸入文字 | **$** 輸入金額 | 輸入數字 |
| 子女三**：** | 輸入文字 | **$** 輸入金額 | 輸入數字 |

|  |
| --- |
| **經濟狀況（如非綜援申請者，必需填寫「最近家庭積蓄記錄」）** |
| **主要收入來源** | 選擇項目 | **$** 輸入金額 |
|  | 選擇項目 | **$** 輸入金額 |
| 選擇項目 | **$** 輸入金額 |
| **每月個人總收入** | **$** 輸入金額  | **每月家庭總收入** | **$** 輸入金額 |
| **最近家庭積蓄記錄** | **$** 輸入金額**（最近一星期）** | **積蓄記錄日期** | 輸入日期 |
| **主要支出項目** |
| **租金** | **$** 輸入金額 | **水費** | **$** 輸入金額 |
| **電費** | **$** 輸入金額 | **煤氣費** | **$** 輸入金額 |
| **食用** | **$** 輸入金額 | **醫療費用** | **$** 輸入金額 |
| **其他支出** | **$** 輸入金額及文字 |
| **每月總支出**  | **$** 輸入金額 |
| **身體狀況** |
| **健康狀況** | [ ]  沒有長期病患 |
| [ ]  有長期病患 | [ ]  血壓高/低 | [ ]  糖尿病 | [ ]  痛風 |
|  | [ ]  心臟病 | [ ]  中風 | [ ]  關節炎 |
|  | [ ]  慢性氣管疾病 | [ ]  高膽固醇 | [ ]  腎病 |
|  | [ ]  認知障礙症 | [ ]  癌症﹝請註明：輸入文字﹞ |
|  | [ ]  眼疾﹝請註明：輸入文字﹞ |
|  | [ ]  精神病﹝請註明：輸入文字﹞ |
|  | [ ]  其他﹝請註明：輸入文字﹞ |
| **弱能狀況** | [ ]  沒有 |
|  | [ ]  有 | [ ]  視障﹝請註明：選擇項目﹞ | [ ]  聽障﹝請註明：選擇項目﹞ |
|  |  | [ ]  肢體傷殘﹝請註明：輸入文字﹞ | [ ]  智障人士﹝請註明：輸入文字﹞ |
| **行動能力** | 室內 -  | [ ]  正常[ ]  緩慢/困難﹝需使用輔助器具：[ ]  輪椅 [ ]  助行架 [ ]  拐杖﹞ |
|  | 室外 -  | [ ]  正常[ ]  緩慢/困難﹝需使用輔助器具：[ ]  輪椅 [ ]  助行架 [ ]  拐杖﹞ |
| **溝通能力** | 選擇項目﹝請註明：輸入文字﹞ |
| **慣用方言** | 選擇項目﹝請註明：輸入文字﹞ |

|  |
| --- |
| **【申請服務項目】****\*可同時申請多個項目****\*\*\*（轉介者必須親身家訪以確認個案需要）\*\*\*****進行家訪日期：**輸入日期**（必須填寫）**  |
| [ ]  **A. 長者家居維修服務** |
| [ ]  **A1. 新居入伙套裝****（可多選）** | [ ]  舖設膠地板**\*（請提供呎吋圖則）** | [ ]  添置新居傢俱（5選2）- 選項一：選擇項目- 選項二：選擇項目 |
| [ ]  安裝大廳窗簾路軌- 窗口1呎吋：輸入文字- 窗口2呎吋：輸入文字- 窗口3呎吋：輸入文字 | [ ]  安裝慳電膽（輸入文字個）**\*（按燈座數目提供）**[ ]  釘頭 [ ]  鏍絲頭[ ]  黃光 [ ]  白光 |
| [ ]  安裝掛勾（選擇項目個） |
| [ ]  **A2. 家居防跌評估套裝****\*（需由本服務進行評估後才提供有關設備）** | [ ]  安裝扶手（選擇項目）- 位置1：輸入文字- 位置2：輸入文字 | [ ]  浴室防滑地墊 / 防滑貼 | [ ]  沖涼椅[ ]  夜明燈 |
| [ ]  最近6個月曾於家中跌倒 |
| [ ]  **A3. 家居閃燈組合套裝** | [ ]  安裝無線閃燈門鐘 | [ ]  安裝閃燈擴音家居電話[ ]  已備有固網電話線 |
| [ ]  **A4. 家居設施檢查及****維修服務****\*（最多處理4項檢查 / 維修****項目）** | 檢查/維修項目（一）輸入文字 | 檢查/維修項目（二）輸入文字 |
| 檢查/維修項目（三）輸入文字 | 檢查/維修項目（四）輸入文字 |
| [ ]  **B. 電器贈長者服務 \*（最多選擇2件大型電器及2件小型電器；另可按需要申請季節性電器）** |
| [ ]  大型電器項目（一）選擇項目 | [ ]  大型電器項目（二）選擇項目 |
| [ ]  小型電器項目（一）選擇項目 | [ ]  小型電器項目（二）選擇項目 |
| [ ]  **C. 季節性電器 / 物品** |
| **C1. 送涼行動（只限夏季）** | **C2. 送暖行動（只限冬季）（可多選）** |
| [ ]  電風扇 | [ ]  暖風機 [ ]  毛顫[ ]  禦寒棉被 [ ]  保暖水杯[ ]  禦寒棉褸（呎吋：選擇項目） |
| [ ]  **D. 居家健康支援服務** |
| [ ]  中式養生運動訓練（如拍打功、中式穴位按摩）[ ]  中醫義診服務（由註冊中醫師提供） | [ ]  到戶痛症紓緩運動訓練（由健身教練提供）[ ]  藥物管理及教育（由退休護士指導） |

[ ]  **轉介者已提供相關相片/影片，以便了解申請人之家居環境。**

|  |
| --- |
| **其他資料** |
| **轉介機構有否申請其他資助計劃 / 基金：** | 選擇項目 | **申請結果** | 選擇項目 |
| **如有其他資助計劃 / 基金﹝請註明：**輸入文字**﹞** |
|  |
| **特別注意事項：**選擇項目 | **﹝如有請註明：**輸入文字**﹞** |
| **是否願意接受採訪及報導：**  | 選擇項目 |
| **申請服務原因**輸入文字 |
| **收集個人資料**聖雅各福群會盡力遵守《個人資料(私隱)條例》所列載的規定，依照收集資料時所說明的目的使用該等資料，並確保個人資料得到妥善儲存。閣下提供予本會的個人資料（包括姓名、電話、傳真、電郵及郵寄地址等），以便日後作與閣下通訊、服務推廣、活動/訓練課程邀請或收集意見的用途。另外，參加者的活動相片有可能用作服務通訊、活動推廣、服務交代等用途。除非本會已取得你的同意，否則本會不會使用你的個人資料作上述用途。閣下可以隨時向本會提出要求停止使用閣下的個人資料，此項安排毋須繳付任何費用。 |
| [ ]  **轉介者已向申請者講解「收集個人資料」。（必填）** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **轉介者姓名：** | 輸入文字  | **稱呼：** | 選擇項目 |
| **職 位：** | 選擇項目 |  |  |
| **機構名稱：** | 輸入文字 |
| **電 話：** | 輸入文字 | **傳真：** | 輸入文字 |
| **電 郵：** | 輸入文字 |
| **申請日期：** | 輸入日期 |

＊ 必須由社工 / 醫護人員作出轉介。

＊ 轉介社工 / 醫護人員必須填寫所需資料，並確認資料無誤。

＊ 轉介社工 / 醫護人員必須作出工作配合。

地 址：香港灣仔堅尼地道100號聖雅各福群會賽馬會社會服務大樓14樓

電 話：2831 3283

傳 真：3104 3644

電 郵：hshservice@sjs.org.hk

表格修訂日期：2023年7月