

香港耀能協會

賽馬會新頁居

地址：沙田馬鞍山恆安邨恆日樓地下

電話：2631-2170 傳真：2631-4777

日間訓練服務申請者資料

(此欄由辦事處填寫)

本會檔案編號：TCSC- _____ 負責職員： _____

1. 個人資料

申請人姓名：(中文) _____ (英文) _____

香港身份證號碼： _____ 出生日期： _____

性別/年齡： _____ 使用語言： _____

婚姻狀況： 單身 已婚 離婚 鰥寡

住址：(中文) _____

(英文) _____

住宅電話： _____ 手提電話： _____ 電郵： _____

醫療診斷： 脊椎神經受損 腦神經肌肉疾病 嚴重痙攣 其他 _____ (請註明)

傷殘程度： 四肢癱瘓 下肢癱瘓 其他 _____ (請註明)

疾病/健康問題 (如患有傳染疾病，須註明)： _____

特別照顧需要： _____

2. 申請人接受服務情況

2.1 申請人首次/第 _____ 次 (請圈/寫出) 申請中心日間訓練服務

2.2 申請人曾/未曾 (請圈出) 接受中心過渡期住宿服務

2.3 申請人現正輪候/接受 (請圈出) 以下社區支援服務的物理或職業治療(日間訓練或上門服務)

- 殘疾人士地區支援中心
- 嚴重殘疾人士家居照顧服務
- 嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務
- 日間社區康復中心
- 沒有接受以上服務

正輪候/接受 (請圈出) 服務單位名稱: _____

該服務將於_____ (日/月/年) 完結

3. 申請人往中心交通安排

- 自行往返中心，不需中心車接送
- 需中心車接送

4. 緊急聯絡人資料

家庭成員/ 照顧者資料 (請填寫最少 2 位聯絡人電話以作緊急聯絡之用):

姓名	關係	性別/年齡	職業	聯絡電話	備注

備注:

- 日間訓練服務只接納由醫院管理局轄下脊髓損傷康復小組、公營醫院及專科診所的醫療／專職醫療人員包括：醫生、治療師、護士及醫務社工轉介的服務對象。轉介人須填寫本中心的轉介表格。
- 申請人須填妥此日間訓練服務申請者資料表格，並連同轉介表格一併交回中心。本中心在接獲申請後，會評估申請人接受服務的資格。
- 當申請人接獲本中心通知輪候到中心日間訓練服務，須如實申報是否正接受其他社區支援服務的職業/物理治療服務。否則，本中心有權取消申請人服務資格。

申請人簽署 : _____

申請日期 : _____