

服務申請表

編號：_____

首次到診日期：_____

學童資料			
中文姓名：		英文姓名：	
性別：	<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女	年齡：	
身份證號碼：		出生日期：	
身高：		體重：	
住址：			

聯絡人資料			
中文姓名：		聯絡電話：	
與兒童關係：	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 監護人 <input type="checkbox"/> 其他：_____		

本人同意定期以電話、WhatsApp 或郵寄方式接收由基金主辦/合辦的課程或活動資訊，並獲邀優先參加上述活動/課程。

就讀學校資料		
區域	就讀學校	年級
<input type="checkbox"/> 屯門 <input type="checkbox"/> 觀塘 <input type="checkbox"/> 元朗 <input type="checkbox"/> 黃大仙 <input type="checkbox"/> 荃灣 <input type="checkbox"/> 西貢 <input type="checkbox"/> 大埔 <input type="checkbox"/> 沙田 <input type="checkbox"/> 葵青 <input type="checkbox"/> 深水埗		

學童家庭經濟狀況		
<input type="checkbox"/> 綜合社會保障援助(綜援)計劃		社會福利署參考編號：_____
		有效期至：_____年_____月_____日
書簿津貼計劃	<input type="checkbox"/> 全額資助 <input type="checkbox"/> 半額資助	學生資助辦事處檔案編號：_____
		資助生效日期：_____年_____月_____日

學童診治進度

學童已於以下機構接受評估/正在等候排期：

 衛生署兒童體能智力測驗服務中心 (接受評估日期：_____) 公立醫院兒童及青少年精神科 或 其他：_____

地點：_____ (如：屯門醫院)

預約日期：_____

收集個人資料聲明及資助須知

1. 本人，明白並同意仁愛堂史立德夫人青少年兒童醫療基金(下稱「基金」) 收集學童及本人的個人資料，以作申請服務之用。
2. 本人同意所提供的資料，會讓基金在工作上有需要知道該等資料的職員使用。
3. 如基金使用本人及學童的資料作其他用途，須符合《個人資料(私隱)條例》，或經本人同意。
4. 除非是《個人資料(私隱)條例》所訂定的豁免情況，本人明白可向中心查閱及提出更改事項。
5. 本人清楚明白如資助個案在治療過程中出現與醫療相關的任何事故與基金無關，基金毋須承擔任何法律責任。
6. 服務計劃由學童首次診症起計，直至學童轉介至公立醫院兒童及青少年精神科服務，如沒有接受轉介，則只可接受為期一年的服務。
7. 學童所得之診症資助費用，將以本堂既定資助類別分發，資助費用將不會以現金、支票或銀行轉帳付予學童。
8. 基金職員會按照申請順序安排輪候新症。如申請家庭沒有合理理由而未能如期出席應診，則需要重新輪候。
9. 上述計劃之服務內容，基金將保留最終決定權。

簽署：_____

日期：_____

基金職員專用 接受申請 申請編號：YCMF-ADHD-_____-_____ 不接受申請 原因：_____

職員簽署：_____

日期：_____