（二零二四年九月修订版）

**严重肢体伤残人士综合支援服务**

**申请表**

（请根据申请人住址，在适当的空格内加上「✓」号）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **服务营办机构** | **区域** | **电话号码** | **传真号码** | **地址** |
| □ | 循道卫理杨震社会服务处 | **香港岛及九龙**（中区、西区、南区、离岛、东区、湾仔、九龙城、油尖旺、深水埗、黄大仙、观塘及将军澳） | 3959 1700 | 3425 4994 | 九龙深水埗丽安邨丽德楼地下6-10号香港柴湾兴华（二）邨安兴楼501-502室 |
| □ | 保良局 | **新界**（沙田、大埔、北区、西贡、荃湾、葵青、屯门、元朗及天水围） | 3547 1171 | 3547 1170 | 新界青衣青衣路18号青富苑青隆阁LG2层新界大埔颂雅路11号富蝶邨社会服务大楼地下低层 |

1. **申请人的个人资料**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 姓名 | （英） | （中） |
| 2. 性别／出生日期 | □ 男 □ 女 |  *年　　　月　　 　日* |
| 3. 香港身份证号码 |  | 或豁免登记证明书号码： |
| 4. 居住地址／ 电话／电邮 | 地址：电邮： | 电话： |
| 5. 就读学校 | □ 无 | □ 特殊学校 | □ 特殊学校寄宿服务 |
| □ 其他，请注明： |  |  |
| 学校名称： |  |  |
| 学校所属类别： | □ 严重智障儿童学校 | □ 肢体伤残儿童学校 |
| □ 其他，请注明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 6. 现正接受的服务 （可选多于一项） | □ 无 |  |  |
| 社区支援服务註： | □ 残疾人士地区支援中心 | □ 严重残疾人士家居照顾服务 |
| □ 日间社区康复中心 | □ 严重残疾人士日间照顾服务 |
|  | □ 四肢瘫痪病人过渡期护理支援中心 | □ 改善家居及社区照顾服务 |
|  | □ 综合家居照顾服务（体弱个案）  | □ 长者社区服顾服务券家 |
|  |  | □ 综合家居照顾服务（普通个案） | □ 长者日间护理中心 |
|  |  | □ 暂顾服务 |  |
|  |  | □ 其他，请注明： |  |  |
|  | 日间训练服务： | □ 综合职业康复服务中心 | □ 特殊幼儿中心 |
|  |  | □ 残疾人士在职培训计划 | □ 辅助就业 |
|  |  | □ 展能中心 | □ 庇护工埸 |
|  |  | □ 其他，请注明： |  |  |
|  | 住宿服务： | □ 私营院舍 | □ 自负盈亏院舍 |
|  |  | □ 辅助宿舍 □ 中度弱智人士宿舍 □ 严重弱智人士宿舍 □ 严重肢体伤残人士宿舍 □ 严重残疾人士护理院 |
|  | 医疗服务： | □ 精神科住院服务 | □ 非精神科住院服务 |
|  |  | □ 日间医院服务 | □ 门诊服务，请注明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7. 是否正轮候政府资助院舍 | □ 是，请注明资助院舍类别： |  |  |
| □ 否 |  |

註年满60岁或以上的严重肢体伤残人士可自由选择接受(1)「严重残疾人士家居照顾服务」／「严重肢体伤残人士综合支援服务」或(2)为长者提供的「综合家居照顾服务／改善家居及社区照顾服务／长者日间护理中心／长者社区照顾服务券」，惟申请者须接受相关评估以决定其资格，亦不可在同一时间接受两个类别的服务。60岁以下的严重肢体伤残人士，则视乎资格只可选择使用「严重残疾人士家居照顾服务」或「严重肢体伤残人士综合支援服务」。为避免服务重叠，申请人／监护人／受委人须在申请服务时向服务营办机构提供没有使用其他津助非政府机构同类服务的相关声明，并同意服务营办机构联络其他相关机构以核实数据。

**II. 有关残疾及健康问题的资料**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 肢体伤残
 | □ 四肢瘫痪 | □ 下肢瘫痪 | □ 半身不遂 | □ 大脑瘫痪 |
| □ 缺失手／脚掌或手／脚趾 | □ 缺失上或下肢 |  |
|  | □ 其他，请注明：□ 附上医疗报告 |  |
| 2. 智障 | □ 并非智障 | □ 极度严重 | □ 严重 | □ 中度 | □ 轻度  | □ 不明 |
| 心理评估日期： *年　　　月　　　日* |  | □ 附上心理评估报告 |
| 3. 其他残疾（可选择多项） | □ 言语障碍 | □ 听觉受损／弱听 | □ 唐氏综合症 |
| □ 视觉受损（□ 失明／□ 弱视） | □ 自闭症 |
| □ 精神病，请注明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ 其他，请注明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. 疾病／健康问题 | 若有，请注明： |
| 5. 需要依赖辅助呼吸医疗仪器 | □ 是，请注明辅助呼吸医疗仪器类别：  |  |  |
| □ 否 |
| 6. 活动能力 | □ 自行走动 | □ 需要他人搀扶走动 | □ 以复康用具辅助走动 | □ 需用轮椅 | □ 需卧床 |
| 7. 现正接受的治疗 | □ 职业治疗 | □ 物理治疗 | □ 言语治疗 | □ 护理服务 |
| □ 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ 不适用 |

**III. 照顾体系**

照顾者资料

* 「照顾者」是指为申请人提供照顾或协助的家人，包括父母、家属或亲人。
* 「其他照顾者」是指会提供协助的邻居、朋友或受聘照顾申请人的家庭佣工，但不包括院舍或医院职员。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **照顾者类别** | **姓名** | **性别／年龄** | **关系** | **是否同住** | **职业** | **联络电话** |
| 主要照顾者 |  |  |  |  |  |  |
| 其他照顾者 |  |  |  |  |  |  |

**IV. 申请人／监护人／受委人签署（适用于自行申请服务）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请服务类别（可选多于一项） | □ 辅助呼吸医疗仪器及医疗消耗品的应用 | □ 护理服务 | □ 营养／药物使用 |
| □ 提供用作租用辅助呼吸医疗仪器及购买医疗消耗品的现金津贴（适用于需要依赖辅助呼吸医疗仪器的严重肢体伤残人士） | □ 康复训练□ 家居暂顾服务□ 个人照顾服务 | □ 改装家居设施□社区活动□ 社会工作服务 |
| □ 照顾者支援服务 | □ 其他，请注明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 申请人／监护人／受委人： |  |  | 电话： |  |
| （请删去不适用者） | （签署） |  |  |  |
|  |  |  | 日期： |  |
|  | （姓名） |  |  |  |

**V. 医疗资料（由医生、护理人员或专职医疗人员为计划离院或在门诊接受治疗的病人填写）**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 医疗诊断 | □ 四肢瘫痪 (需由医生填写) □附上医疗报告评估为四肢瘫痪病人□ 其他，请注明：   |
| 2. 离院日期 |  |
| 3. 由医院／诊所作出的离院后安排 | □ 职业治疗 | □ 物理治疗 | □ 言语治疗 |
| □ 护理服务 | □ 日间康复中心 | □ 日间医院服务 |
| * 其他，请注明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * 门诊治疗，请注明诊所：
 |
| 4. 推荐予「严重肢体伤残人士综合支援服务」跟进的范畴（可选多于一项） | □ 辅助呼吸医疗仪器及医疗消耗品的应用 | □ 护理服务 | □ 营养／药物使用 |
| □ 提供用作租用辅助呼吸医疗仪器及购买医疗消耗品的现金津贴（适用于需要依赖辅助呼吸医疗仪器的严重肢体伤残人士） | □ 康复训练□ 家居暂顾服务□ 个人照顾服务 | □ 改装家居设施□ 社区活动□ 社会工作服务 |
| □ 照顾者支援服务 | □ 其他，请注明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5. 填写医疗资料的人员： |  |  |  |  |  |
| （签署） |  | （姓名） |  | （职位） |
| 医院／诊所： 　　　  |  |  | 电话： 　　  |  |
| 档案编号： 　 　  |  |  | 日期： 　　  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**VI. 转介数据（如适用，须由转介者填写）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 服务跟进建议（可选多于一项） | □ 辅助呼吸医疗仪器及医疗消耗品的应用 | □ 护理服务 | □ 营养／药物使用 |
| □ 提供用作租用辅助呼吸医疗仪器及购买医疗消耗品的现金津贴(适用于需要依赖辅助呼吸医疗仪器的严重肢体伤残人士） | □ 康复训练□ 家居暂顾服务□ 个人照顾服务 | □ 改装家居设施□ 社区活动□ 社会工作服务 |
| □ 照顾者支援服务 | □ 其他，请注明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 个案编号： |  |  | 转介单位： |  |
| 转介者姓名： | （中） |  | 转介机构： |  |
|  | （英） |  | 转介者职位： |  |
| 电邮： |  |  | 电话／传真： |  |
| 转介者签署： |  |  | 日期： |  |
|  |  |  |  |  |