

院舍	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 四肢瘫痪 <input type="checkbox"/> 下肢瘫痪 <input type="checkbox"/> 半身不遂 <input type="checkbox"/> 大脑瘫痪 <input type="checkbox"/> 缺失手/脚掌或手/脚趾 <input type="checkbox"/> 缺失上或下肢 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: <input type="checkbox"/> 附上医疗报告
2. 智障	<input type="checkbox"/> 并非智障 <input type="checkbox"/> 极度严重 <input type="checkbox"/> 严重 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 轻度 <input type="checkbox"/> 不明 心理评估日期: 年 月 日 <input type="checkbox"/> 附上心理评估报告
3. 其他残疾 (可选择多项)	<input type="checkbox"/> 言语障碍 <input type="checkbox"/> 听觉受损/弱听 <input type="checkbox"/> 唐氏综合症 <input type="checkbox"/> 视觉受损 (<input type="checkbox"/> 失明 / <input type="checkbox"/> 弱视) <input type="checkbox"/> 自闭症 <input type="checkbox"/> 精神病, 请注明: _____ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 是, 请注明辅助呼吸医疗仪器类别: _____ <input type="checkbox"/> 否
6. 活动能力	<input type="checkbox"/> 自行走动 <input type="checkbox"/> 需要他人搀扶走动 <input type="checkbox"/> 以康复用具辅助走动 <input type="checkbox"/> 需用轮椅 <input type="checkbox"/> 需卧床
7. 现正接受的治疗	<input type="checkbox"/> 职业治疗 <input type="checkbox"/> 物理治疗 <input type="checkbox"/> 言语治疗 <input type="checkbox"/> 护理服务 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 辅助呼吸医疗仪器及医疗消耗品的应用 <input type="checkbox"/> 护理服务 <input type="checkbox"/> 营养/药物使用 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 改装家居设施 <input type="checkbox"/> 照顾者支援服务 <input type="checkbox"/> 家居暂顾服务 <input type="checkbox"/> 社区活动 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____ <input type="checkbox"/> 个人照顾服务 <input type="checkbox"/> 社会工作服务
申请人/监护人/受委人: (请删去不适用者)	_____ (签署) 电话: _____ _____ (姓名) 日期: _____

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	<input type="checkbox"/> 四肢瘫痪 (需由医生填写) <input type="checkbox"/> 附上医疗报告评估为四肢瘫痪病人 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____ _____
2. 离院日期	_____
3. 由医院 / 诊所作出的离院后安排	<input type="checkbox"/> 职业治疗 <input type="checkbox"/> 物理治疗 <input type="checkbox"/> 言语治疗 <input type="checkbox"/> 护理服务 <input type="checkbox"/> 日间康复中心 <input type="checkbox"/> 日间医院服务 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: _____ <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 辅助呼吸医疗仪器及医疗消耗品的应用 <input type="checkbox"/> 护理服务 <input type="checkbox"/> 营养 / 药物使用 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 改装家居设施 <input type="checkbox"/> 家居暂顾服务 <input type="checkbox"/> 社区活动 <input type="checkbox"/> 个人照顾服务 <input type="checkbox"/> 社会工作服务 <input type="checkbox"/> 照顾者支援服务 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> 辅助呼吸医疗仪器及医疗消耗品的应用 <input type="checkbox"/> 护理服务 <input type="checkbox"/> 营养 / 药物使用 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 改装家居设施 <input type="checkbox"/> 家居暂顾服务 <input type="checkbox"/> 社区活动 <input type="checkbox"/> 个人照顾服务 <input type="checkbox"/> 社会工作服务 <input type="checkbox"/> 照顾者支援服务 <input type="checkbox"/> 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: _____