（二零二四年九月修訂版）

**嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務**

**申請表**

（請根據申請人住址，在適當的空格內加上「✓」號）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **服務營辦機構** | **區域** | **電話號碼** | **傳真號碼** | **地址** |
| □ | 循道衛理楊震社會服務處 | **香港島及九龍**（中區、西區、南區、離島、東區、灣仔、九龍城、油尖旺、深水埗、黃大仙、觀塘及將軍澳） | 3959 1700 | 3425 4994 | 九龍深水埗麗安邨麗德樓地下6-10號香港柴灣興華（二）邨安興樓501-502室 |
| □ | 保良局 | **新界**（沙田、大埔、北區、西貢、荃灣、葵青、屯門、元朗及天水圍） | 3547 1171 | 3547 1170 | 新界青衣青衣路18號青富苑青隆閣LG2層新界大埔頌雅路11號富蝶邨社會服務大樓地下低層 |

1. **申請人的個人資料**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 姓名 | （英） | （中） |
| 2. 性別／出生日期 | □ 男 □ 女 |  *年　　　月　　 　日* |
| 3. 香港身份證號碼 |  | 或豁免登記證明書號碼： |
| 4. 居住地址／ 電話／電郵 | 地址：電郵： | 電話： |
| 5. 就讀學校 | □ 無 | □ 特殊學校 | □ 特殊學校寄宿服務 |
| □ 其他，請註明： |  |  |
| 學校名稱： |  |  |
| 學校所屬類別： | □ 嚴重智障兒童學校 | □ 肢體傷殘兒童學校 |
| □ 其他，請註明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 6. 現正接受的服務 （可選多於一項） | □ 無 |  |  |
| 社區支援服務註： | □ 殘疾人士地區支援中心 | □ 嚴重殘疾人士家居照顧服務 |
| □ 日間社區康復中心 | □ 嚴重殘疾人士日間照顧服務 |
|  | □ 四肢癱瘓病人過渡期護理支援中心 | □ 改善家居及社區照顧服務 |
|  | □ 綜合家居照顧服務（體弱個案）  | □ 長者社區服顧服務券家 |
|  |  | □ 綜合家居照顧服務（普通個案） | □ 長者日間護理中心 |
|  |  | □ 暫顧服務 |  |
|  |  | □ 其他，請註明： |  |  |
|  | 日間訓練服務： | □ 綜合職業康復服務中心 | □ 特殊幼兒中心 |
|  |  | □ 殘疾人士在職培訓計劃 | □ 輔助就業 |
|  |  | □ 展能中心 | □ 庇護工埸 |
|  |  | □ 其他，請註明： |  |  |
|  | 住宿服務： | □ 私營院舍 | □ 自負盈虧院舍 |
|  |  | □ 輔助宿舍 □ 中度弱智人士宿舍 □ 嚴重弱智人士宿舍 □ 嚴重肢體傷殘人士宿舍 □ 嚴重殘疾人士護理院 |
|  | 醫療服務： | □ 精神科住院服務 | □ 非精神科住院服務 |
|  |  | □ 日間醫院服務 | □ 門診服務，請註明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 7. 是否正輪候政府資助院舍 | □ 是，請註明資助院舍類別： |  |  |
| □ 否 |  |

註年滿60歲或以上的嚴重肢體傷殘人士可自由選擇接受(1)「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」或(2)為長者提供的「綜合家居照顧服務／改善家居及社區照顧服務／長者日間護理中心／長者社區照顧服務券」，惟申請者須接受相關評估以決定其資格，亦不可在同一時間接受兩個類別的服務。60歲以下的嚴重肢體傷殘人士，則視乎資格只可選擇使用「嚴重殘疾人士家居照顧服務」或「嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務」。為避免服務重叠，申請人／監護人／受委人須在申請服務時向服務營辦機構提供沒有使用其他津助非政府機構同類服務的相關聲明，並同意服務營辦機構聯絡其他相關機構以核實資料。

**II. 有關殘疾及健康問題的資料**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 肢體傷殘
 | □ 四肢癱瘓 | □ 下肢癱瘓 | □ 半身不遂 | □ 大腦癱瘓 |
| □ 缺失手／腳掌或手／腳趾 | □ 缺失上或下肢 |  |
|  | □ 其他，請註明：□ 附上醫療報告 |  |
| 2. 智障 | □ 並非智障 | □ 極度嚴重 | □ 嚴重 | □ 中度 | □ 輕度  | □ 不明 |
| 心理評估日期： *年　　　月　　　日* |  | □ 附上心理評估報告 |
| 3. 其他殘疾（可選擇多項） | □ 言語障礙 | □ 聽覺受損／弱聽 | □ 唐氏綜合症 |
| □ 視覺受損（□ 失明／□ 弱視） | □ 自閉症 |
| □ 精神病，請註明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ 其他，請註明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 4. 疾病／健康問題 | 若有，請註明： |
| 5. 需要依賴輔助呼吸醫療儀器 | □ 是，請註明輔助呼吸醫療儀器類別：  |  |  |
| □ 否 |
| 6. 活動能力 | □ 自行走動 | □ 需要他人攙扶走動 | □ 以復康用具輔助走動 | □ 需用輪椅 | □ 需臥床 |
| 7. 現正接受的治療 | □ 職業治療 | □ 物理治療 | □ 言語治療 | □ 護理服務 |
| □ 其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ 不適用 |

**III. 照顧體系**

照顧者資料

* 「照顧者」是指為申請人提供照顧或協助的家人，包括父母、家屬或親人。
* 「其他照顧者」是指會提供協助的鄰居、朋友或受聘照顧申請人的家庭傭工，但不包括院舍或醫院職員。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **照顧者類別** | **姓名** | **性別／年齡** | **關係** | **是否同住** | **職業** | **聯絡電話** |
| 主要照顧者 |  |  |  |  |  |  |
| 其他照顧者 |  |  |  |  |  |  |

**IV. 申請人／監護人／受委人簽署（適用於自行申請服務）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請服務類別（可選多於一項） | □ 輔助呼吸醫療儀器及醫療消耗品的應用 | □ 護理服務 | □ 營養／藥物使用 |
| □ 提供用作租用輔助呼吸醫療儀器及購買醫療消耗品的現金津貼（適用於需要依賴輔助呼吸醫療儀器的嚴重肢體傷殘人士） | □ 康復訓練□ 家居暫顧服務□ 個人照顧服務 | □ 改裝家居設施□ 社區活動□ 社會工作服務 |
| □ 照顧者支援服務 | □ 其他，請註明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 申請人／監護人／受委人： |  |  | 電話： |  |
| （請刪去不適用者） | （簽署） |  |  |  |
|  |  |  | 日期： |  |
|  | （姓名） |  |  |  |

**V. 醫療資料（由醫生、護理人員或專職醫療人員為計劃離院或在門診接受治療的病人填寫）**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 醫療診斷 | □ 四肢癱瘓 (需由醫生填寫) □附上醫療報告評估為四肢癱瘓病人□ 其他，請註明：   |
| 2. 離院日期 |  |
| 3. 由醫院／診所作出的離院後安排 | □ 職業治療 | □ 物理治療 | □ 言語治療 |
| □ 護理服務 | □ 日間康復中心 | □ 日間醫院服務 |
| * 其他，請註明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * 門診治療，請註明診所：
 |
| 4. 推薦予「嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務」跟進的範疇（可選多於一項） | □ 輔助呼吸醫療儀器及醫療消耗品的應用 | □ 護理服務 | □ 營養／藥物使用 |
| □ 提供用作租用輔助呼吸醫療儀器及購買醫療消耗品的現金津貼（適用於需要依賴輔助呼吸醫療儀器的嚴重肢體傷殘人士） | □ 康復訓練□ 家居暫顧服務□ 個人照顧服務 | □ 改裝家居設施□ 社區活動□ 社會工作服務 |
| □ 照顧者支援服務 | □ 其他，請註明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 5. 填寫醫療資料的人員： |  |  |  |  |  |
| （簽署） |  | （姓名） |  | （職位） |
| 醫院／診所： 　　　  |  |  | 電話： 　　  |  |
| 檔案編號： 　 　  |  |  | 日期： 　　  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**VI. 轉介資料（如適用，須由轉介者填寫）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 服務跟進建議（可選多於一項） | □ 輔助呼吸醫療儀器及醫療消耗品的應用 | □ 護理服務 | □ 營養／藥物使用 |
| □ 提供用作租用輔助呼吸醫療儀器及購買醫療消耗品的現金津貼(適用於需要依賴輔助呼吸醫療儀器的嚴重肢體傷殘人士） | □ 康復訓練□ 家居暫顧服務□ 個人照顧服務 | □ 改裝家居設施□ 社區活動□ 社會工作服務 |
| □ 照顧者支援服務 | □ 其他，請註明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 個案編號： |  |  | 轉介單位： |  |
| 轉介者姓名： | （中） |  | 轉介機構： |  |
|  | （英） |  | 轉介者職位： |  |
| 電郵： |  |  | 電話／傳真： |  |
| 轉介者簽署： |  |  | 日期： |  |
|  |  |  |  |  |