



本署檔號：SWD/LORCHD/7-8 II  
電話號碼：2891 6379  
傳真號碼：2153 0071

殘疾人士院舍牌照事務處  
香港灣仔皇后大道東 248 號  
陽光中心 15 樓 1508 室

各殘疾人士院舍營辦人／主管：

### 呈交「員工名單」、「員工輪值表」及「住客死亡記錄表」

本署特函通知各殘疾人士院舍有關呈交「員工名單」、「員工輪值表」及「住客死亡記錄表」的要求，由 2017 年 1 月 1 日 起全面實施。

根據《殘疾人士院舍規例》（香港法例第 613 章附屬法例 A）第 16(2) 條，殘疾人士院舍主管須每三個月最少一次就該院舍營辦人根據第 11 條僱用的員工名單所出現的任何改變，以書面告知本署署長。此外，《殘疾人士院舍實務守則》第九章 9.5 段、9.6.2(h) 段、第十章 10.7.3 段及附件二亦詳述殘疾人士院舍就相關法定要求的具體執行措施。本署在檢討有關執行措施的申報機制及現行的相關規定後，將執行下列優化措施：

#### 「員工名單」

由 2017 年 1 月 1 日起，殘疾人士院舍應採用更新的「員工名單」（見附件），以取代《殘疾人士院舍實務守則》附件二的「職員僱用記錄」。無論所僱用員工的名單是否有改變，所有殘疾人士院舍必須每三個月在指定日期<sup>1</sup>向本署呈交「員工名單」，有關名單須涵蓋所有與殘疾人士院舍的僱傭合約仍生效並受僱於該殘疾人士院舍工作的員工（包括替假員工）。

此外，如殘疾人士院舍的主管情況有任何改變，殘疾人士院舍營辦人須根據《殘疾人士院舍規例》第 11 (3) 條，在 14 日內以書面告知本署署長。

---

<sup>1</sup>請參閱信中指定日期表

## 「員工輪值表」

根據《殘疾人士院舍實務手則》第九章 9.5 段，殘疾人士院舍須編訂「員工輪值表」予員工遵從。現本署要求所有殘疾人士院舍必須於指定日期<sup>1</sup>向本署呈交最少一個月的「員工輪值表」，以加強監察殘疾人士院舍的人手安排和當值情況。

## 「住客死亡記錄表」

殘疾人士院舍除須按照《殘疾人士院舍實務守則》第九章 9.6.2(g) 段向本署報告不尋常死亡／嚴重意外導致死亡的特別事故外，現本署亦要求各殘疾人士院舍於指定日期<sup>1</sup>向本署呈交過去三個月的「住客死亡記錄表」（見附件），以便本署更清楚掌握住客身故的情況，並按需要進行調查。

就上述的指定日期，各殘疾人士院舍須於每年 1 月、4 月、7 月及 10 月的第 5 日或以前向本署呈交上一個月最後一天的「員工名單」、該月份的「員工輪值表」，以及過去三個月的「住客死亡記錄表」，以 2017 年為例，有關的指定日期如下：

呈交「員工名單」、「員工輪值表」及「住客死亡記錄表」的指定日期表（以 2017 年為例）

於指定日期的 「員工名單」	於指定日期的 「員工輪值表」	於指定日期的 過去三個月的 「住客死亡記錄表」	呈交日期
2016年12月31日	2017年1月	2016年10月1日至 2016年12月31日	2017年1月5日 或之前
2017年3月31日	2017年4月	2017年1月1日至 2017年3月31日	2017年4月5日 或之前
2017年6月30日	2017年7月	2017年4月1日至 2017年6月30日	2017年7月5日 或之前
2017年9月30日	2017年10月	2017年7月1日至 2017年9月30日	2017年10月5 日或之前

新措施將由 2017 年 1 月 1 日開始實行，各殘疾人士院舍須於 2017 年 1 月 5 日或以前，向本署呈交有關殘疾人士院舍於 2016 年 12 月 31 日生效的「員工名單」、2017 年 1 月份的「員工輪值表」及 2016 年 10 月 1 日至 12 月 31 日的「住客死亡記錄表」。



請注意，殘疾人士院舍營辦人／主管如不遵守上述規定，即屬違規。如有查詢，請聯絡殘疾人士院舍牌照事務處的有關督察。

社會福利署署長

(關婉玉  代行)

副本送： 勞工及福利局康復專員  
香港社會服務聯會服務發展總主任（康復）  
香港私營復康院舍協會主席  
中小企國際聯盟安老及殘疾聯會主席  
社會福利署署長  
社會福利署副署長（服務）  
社會福利署助理署長（康復及醫務社會服務）  
社會福利署各區福利專員  
社會福利署總社會工作主任（津貼）

2016年12月21日

### 殘疾人士院舍員工名單

殘疾人士院舍名稱： \_\_\_\_\_

殘疾人士院舍營辦人／主管： \_\_\_\_\_

殘疾人士院舍蓋印

殘疾人士院舍地址： \_\_\_\_\_

簽署： \_\_\_\_\_

殘疾人士院舍電話： \_\_\_\_\_

姓名： \_\_\_\_\_

申報日期：  31/3/20     30/6/20     30/9/20     31/12/20

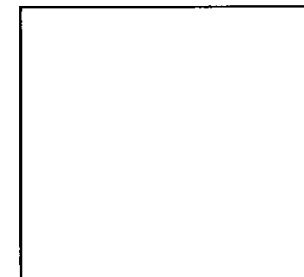
職位： \_\_\_\_\_

(日／月／年)

其他日期 (請註明)：  / /

申報當日入住人數： \_\_\_\_\_ (包括留醫或回家度假的住客)

申報當日床位數目： \_\_\_\_\_



#### 第一部分 員工資料 (註一)

序號	姓名 (英文)	姓名 (中文)	性別 (男／女)	身份證號碼 (請填上全部字母及 數字，包括在括弧內 最後一個數字)	現時職位入職日期 (日／月／年) (例如：1/1/2016)	現時職位 (註二)	每週 總工作時數	每天工作時間		學歷 (註三)
								上班時間 (請列明 上午或下午)	下班時間 (請列明 上午或下午)	
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					

第二部分 員工人數

職位	人數	職位	人數
主管		社工	
註冊護士		物理治療師	
登記護士		職業治療師	
保健員		營養師	
護理員		其他 (請註明) :	
助理員		<b>總員工人數 :</b>	

殘疾人士院舍營辦人／主管：

本人明白本頁末段所載的警告條款並確認此  
員工名單所載資料均屬真確。

殘疾人士院舍蓋印

簽署：

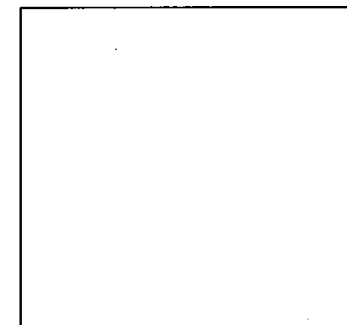
\_\_\_\_\_

姓名：

\_\_\_\_\_

職位：

\_\_\_\_\_



註一： 殘疾人士院舍營辦人／主管必須於本名單申報所有受僱於該殘疾人士院舍工作的員工 (包括替假員工)。

註二：

職位		
HM：主管	CW：護理員	PT：物理治療師
RN：註冊護士	AW：助理員*	OT：職業治療師
EN：登記護士	SW：社工	DT：營養師
HW：保健員	其他 (請註明) :	

\*助理員可包括廚子、家務傭工、司機、園丁、看守員、福利工作員或文員

註三：

學歷 (可同時填報多於一項)		
(1) 教育程度	(2) 特別訓練	(3) 其他訓練
A1：從未受教育	B1：註冊護士	C：急救證書
A2：小學	B2：登記護士	
A3：中一至中三	B3：註冊保健員證書	
A4：中四至中七	B4：護理員證書	
A5：專上教育：中五或以上的 非學位課程	B5：物理治療證書	
	B6：職業治療證書	
A6：大學或以上	B7：社工	

- 注意事項**：
- (1) 如首頁行數不足填寫，請自行影印及必須在每頁填上殘疾人士院舍營辦人／主管姓名、職位和簽署，以及附上殘疾人士院舍蓋印。
  - (2) 凡僱用主管的情況有任何改變，營辦人須在 14 日內以書面通知社會福利署署長。
  - (3) 殘疾人士院舍主管須最少每 3 個月 1 次以書面通知社會福利署署長有關僱用員工的改變。殘疾人士院舍主管須填寫此名單以申報每年 3 月 31 日、6 月 30 日、9 月 30 日及 12 月 31 日的員工資料，呈交限期分別為 4 月 5 日、7 月 5 日、10 月 5 日及 1 月 5 日。

**警告**

根據《殘疾人士院舍條例》第 22(6)(a)及 22(6)(c)條，任何人提交在要項上屬虛假而他知道或理應知道該資料在該要項上屬虛假的，即屬犯罪。

**Staff List of Residential Care Home for Persons with Disabilities (RCHD)**

Name of RCHD : \_\_\_\_\_

Operator/Home Manager of RCHDRCHD Stamp

Address of RCHD : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Telephone of RCHD : \_\_\_\_\_

Name : \_\_\_\_\_

Date of Report :  31/3/20 \_\_\_\_\_  30/6/20 \_\_\_\_\_  30/9/20 \_\_\_\_\_  31/12/20 \_\_\_\_\_  
(dd/mm/yyyy) another date (Please specify) :  / / \_\_\_\_\_

Post : \_\_\_\_\_

No. of Residents on the Date of Report : \_\_\_\_\_ (including resident(s) on home leave or staying in hospital)

No. of Beds on the Date of Report : \_\_\_\_\_

**Part I Staff Information** (Note 1)

S/N	Name in English	Name in Chinese	Sex (M/F)	HKIC No. (please enter alphabet and full number including the last digit in bracket)	Date of Commencement of Current Post (dd/mm/yyyy) (e.g.1/1/2016)	Current Post (Note 2)	Total Working Hours Per Week	Daily Working Time		Qualification (Note 3)
								On Duty Time (am/pm)	Off Duty Time (am/pm)	
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					
					/ /					

**Part II Number of Staff**

Post	Number	Post	Number
Home Manager		Social Worker	
Registered Nurse		Physiotherapist	
Enrolled Nurse		Occupational Therapist	
Health Worker		Dietician	
Care Worker		Others (Please specify):	
Ancillary Worker		<b>Total Number of Staff :</b>	

**Operator/Home Manager of RCHD:**

I understand the warning statement set out at the bottom of this page and confirm that the information contained in this Staff List is true and accurate.

Signature :

\_\_\_\_\_

Name :

\_\_\_\_\_

Post :

\_\_\_\_\_

**RCHD Stamp**

--

**Note 1:** The Operator / Home Manager of RCHD must report all staff being employed to perform work in the RCHD on the date of report, including relief staff.

**Note 2:**

Post		
HM : Home Manager	CW : Care Worker	PT : Physiotherapist
RN : Registered Nurse	AW : Ancillary Worker *	OT : Occupational Therapist
EN : Enrolled Nurse	SW : Social Worker	DT : Dietician
HW : Health Worker	Other (Please specify):	

\* AW may include a cook, domestic servant, driver, gardener, watchman, welfare worker or clerk

**Note 3:**

Qualification (may choose more than one item)		
(1) <u>Level of Education</u>	(2) <u>Special Training</u>	(3) <u>Other Training</u>
A1 : No formal education	B1 : Registered Nurse	C : First Aid Certificate
A2 : Primary	B2 : Enrolled Nurse	
A3 : Form 1 to Form 3	B3 : Health Worker Certificate	
A4 : Form 4 to Form 7	B4 : Care Worker/Personal Care Worker Certificate	
A5 : Post-secondary: Form 5 or above Non-degree Course	B5 : Physiotherapist	
A6 : University or above	B6 : Occupational Therapist	
	B7 : Social Worker	

- Remarks :**
- (1) Please make copies of the front page for insufficient space, with the name, post and signature of the RCHD Operator/Home Manager together with the RCHD stamp on each page.
  - (2) An operator shall inform the Director of Social Welfare, in writing within 14 days, of any change in the employment of a home manager.
  - (3) Home manager of RCHD shall at least once every 3 months inform the Director of Social Welfare in writing of any change in the list of staff employed by an operator. Home manager shall report this Staff List as at 31 March, 30 June, 30 September and 31 December every year to the Director of Social Welfare on or before the 5<sup>th</sup> day of April, July, October and January respectively.

**WARNING**

According to section 22(6)(a) & 22(6)(c) of the Residential Care Homes (Persons with Disabilities) Ordinance, any person who furnishes any information which is false in a material particular and which he knows or reasonably ought to know is false in such particular commits an offence.

## 殘疾人士院舍住客死亡記錄表

院舍名稱： \_\_\_\_\_

院舍地址： \_\_\_\_\_

院舍電話： \_\_\_\_\_

申報時段： 20\_\_年1月1日至3月31日  20\_\_年4月1日至6月30日

20\_\_年7月1日至9月30日  20\_\_年10月1日至12月31日

申報日期： \_\_\_\_\_

院舍營辦人／主管：

簽署： \_\_\_\_\_

姓名： \_\_\_\_\_

職位： \_\_\_\_\_

院舍蓋印

住客姓名(英文)	住客姓名(中文)	身份證號碼	性別 (男/女)	年齡	留醫日期及地點	死亡日期及地點	死亡原因及 資料來源	有否報警	備註

**注意事項：**如首頁行數不足填寫，請自行影印及必須在每頁填上院舍營辦人／主管姓名、職位和簽署，以及附上院舍蓋印。

### 警告

根據《殘疾人士院舍條例》第22(6)(a)及22(6)(c)條，任何人提交在要項上屬虛假而他知道或理應知道該資料在該要項上屬虛假的，即屬犯罪。