

「安居樂」生活改善計劃

主辦機構： 香港傷健協會
Hong Kong PHAB Association

贊助：何金容基金

轉介表格

收表日期：_____

收表人：_____ 編號：_____

個人資料收集聲明

所提供的資料只作本計劃之審核用途。除個人資料（私隱）條例所訂明的豁免或由於資料在保留期間後已被刪除外，你有權查閱和改正你的個人資料。查閱和改正個人資料的要求應以書面向香港傷健協會行政秘書（地址：香港北角百福道 21 號 14 樓 1402 室香港傷健協會總辦事處）提出。

（一）申請人資料

申請人姓名： (中文)	(英文)	性別： 男 / 女
年齡：	身份證號碼：	監護人姓名： (如適用)
聯絡電話： (家)	(手提)	
地址：		
婚姻狀況： 未婚 / 已婚 / 同居 / 分居 / 離婚 / 鰥寡		
經濟狀況： 綜援 (檔號：)/*低收入家庭/其他(請註明)：		
傷殘狀況： 手動輪椅 / 電動輪椅 / 手叉 / 拐杖 / 其他 使用者 / 使用者 / 使用者 / 使用者 (請註明)：		
居所類型： 公屋 / 居屋 / 私人樓宇 / 其他：		居所業權： 自置 / 租賃 / 其他：

*「低收入家庭」指家庭住戶每月收入少或等於全港相同人數住戶之入息中位數 75%(以香港特區政府最新公佈為準)，詳情可參考申請須知第 2 頁。

（二）家庭狀況

姓名	與申請人關係	性別	年齡	職業	過去十二個月之總收入(港幣)			
					薪金	綜合援助	傷殘津貼	其他
	申請人							

遞交申請表須附上申請人及所有同住家庭成員之收入證明副本(如稅單)

(三) 醫療狀況

申請人現時有否往醫院／診所作定期覆診？ <input type="checkbox"/> 有(請答下題) <input type="checkbox"/> 沒有	
申請人應診哪些專科？(請註明)：	
申請人正接受哪間醫院／診所的治療？(請註明)：	
申請人現時申請之項目有否曾接受其他職業治療師評估？	<input type="checkbox"/> 有 (請註明) 機構名稱： _____ 聯絡人及電話： _____ <input type="checkbox"/> 沒有
如申請本計劃之 <u>物理治療服務</u> 必須填寫：	
申請人現時有否接受物理治療服務？	<input type="checkbox"/> 有 (請註明) 機構名稱： _____ 聯絡人及電話： _____ <input type="checkbox"/> 沒有

(四) 服務需要

1. 請填寫申請人因肢體傷殘遇到的問題：(請詳列問題)	
進食	
轉移 (如由床過輪椅等)	
個人衛生 (擦牙，洗臉)	
如廁	
沐浴	
行動 (家中或外出走動)	
穿衣	
煮食	
其他家務	
2. 擬申請生活改善計劃之項目：	
<input type="checkbox"/> 家居復康設備改裝 (請選擇： <input type="checkbox"/> 斜台 <input type="checkbox"/> 扶手 <input type="checkbox"/> 洗手間／浴室改裝 <input type="checkbox"/> 擴闊出入口 <input type="checkbox"/> 其他： _____)	
<input type="checkbox"/> 復康用具 (請列明： _____)	
<input type="checkbox"/> 物理治療訓練	
<input type="checkbox"/> 職業治療訓練	

