受文人： 融晴計劃負責職員

傳真號碼： 23510612

職員填寫

申請編號：_____

香 港 傷 健 協 會
HONG KONG PHAB ASSOCIATION

「融・晴」計劃-支援特殊教育需要青年之精神健康輔導服務

服務申請表格

轉介日期： / / （日/月/年） (資料只作內部用途)

一、 申請人/服務使用者資料

姓名： (中) (英) 性別： 男/女

住址： 出生日期： (日/月/年)

聯絡電話： (住宅) (手提) 電郵：

特殊教育需要類別： ☐ 讀寫障礙 ☐ 專注力不足/過度活躍症 ☐ 自閉症譜系 ☐ 聽障
☐ 肢體傷殘 ☐ 視障 ☐ 言語障礙 ☐ 情緒行為問題 ☐ 其他_____

有否評估報告： ☐ 有 ☐ 沒有

精神健康狀況： ☐ 思覺失調 ☐ 焦慮症 ☐ 強迫症 ☐ 抑鬱症 ☐ 其他：_____

曾接受診斷的醫院/診所: _____ 現時服用藥物：_____

現時狀況： ☐ 在學___年級 ☐ 將離校 ☐ 待業/待學 ☐ 在職：（半職/全職）* _____
☐ 正接受其他職業訓練（請註明課程名稱）：_____

家庭經濟來源： ☐ 收入 ☐ 儲蓄 ☐ 綜援 ☐ 其他：_____

申請人簽署：_____ 日期：_____

二、 監護人資料 （適用於年齡不足 18 歲之申請人）

姓名：_____ 與申請人關係：_____ 聯絡電話：_____

住址（如與申請人住址不同，請填寫）：_____

是次轉介是否已取得父母／監護人之同意？☐ 是，本人已於_____(日/月/年)取得
_____（申請人父母或監護人姓名）的同意作出轉介

三、 轉介人資料

姓名：_____ (先生/小姐)* 職位：_____

機構名稱：_____ 所屬單位：_____

聯絡電話：_____ 傳真號碼：_____

電郵地址：_____

四、 轉介原因/申請人現時之需要

轉介人簽署：_____ 日期：_____

中心專用:

☐ 個案已被接納 ☐ 個案建議轉介至：_____

本計劃由香港公益金資助
This project is supported by The Community Chest