

傷健中心個人/家庭入會申請表

A16A

填寫表格前，請詳閱本會的收集個人資料告示並簽署同意書。凡十八歲以下需監護人同意方可入會。

申請人	(1)	(2)	(3)	(4)
申請人相片	家庭成員相片	家庭成員相片	家庭成員相片	家庭成員相片

甲部 申請人資料

申請人姓名： (中文) _____ (英文) _____ 性別： 男 女

出生日期：

日	月	年
---	---	---

 住所電話： _____ 手提電話： _____

身份證／出世紙號碼

--	--	--	--	--

(首 5 個字元，包括英文字母) 例：A1234 或 AB123

住 址： _____

通訊地址： _____

(如與住址不同)

傷殘人士 (殘疾人士登記證 ~ 永久傷殘 期限至： _____) [並請填寫乙部] / 健全人士

乙部 傷殘類別 傷殘人士適用

- | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> (1) 肢體傷殘 | <input type="checkbox"/> (2) 聽障 | <input type="checkbox"/> (3) 言語障礙 |
| <input type="checkbox"/> (4) 自閉症 | <input type="checkbox"/> (5) 視障 | <input type="checkbox"/> (6) 器官殘障/長期病患 |
| <input type="checkbox"/> (7) 智障 | <input type="checkbox"/> (8) 精神病 | <input type="checkbox"/> (9) 其他： _____ |

已確認傷殘證明

(職員填寫)

需使用之輔助工具：

- | | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (1) 無需輔助工具 | <input type="checkbox"/> (2) 手杖 | <input type="checkbox"/> (3) 手叉 | <input type="checkbox"/> (4) 腳架 | <input type="checkbox"/> (5) 義肢 |
| <input type="checkbox"/> (6) 手推輪椅 | <input type="checkbox"/> (7) 電動輪椅 | <input type="checkbox"/> (8) 輔行架 | <input type="checkbox"/> (9) 其他： _____ | |

丙部 申請人可選擇性填寫資料

電郵地址： _____ 使用電郵接收資訊

教育程度：
 (1) 不曾入學 (2) 幼稚園 (3) 小學 (4) 初中
 (5) 高中 (6) 大專 (7) 大學 (8) 特殊學校
 (9) 其他： _____

職 業：
 (1) 全職 (2) 兼職 (3) 待業 (4) 退休
 (5) 學生 (6) 主婦 (7) 其他： _____

領取綜援： 否 有， 期限至： _____

已確認綜援證明

(職員填寫)

緊急聯絡人： _____ 與申請人關係： _____ 電話： _____

丁部 家庭成員資料 *僅供申請家庭會員者(同住)填寫

中文姓名 (英文姓名)	性別	出生日期 (日/月/年)	與申請 人關係	身份證/ 出世紙號碼 (首5個字元·包括 英文字母) 例:A1234 或 AB123	傷殘/ 健全#	如為傷殘人士請填寫		可選擇性填 寫資料	
						輔助工具#	殘疾人士登記 證	教育 程度#	職業#
1. ()		/ / 日 月 年					<input type="checkbox"/> 永久傷殘 <input type="checkbox"/> 期限至:_____		
2. ()		/ / 日 月 年					<input type="checkbox"/> 永久傷殘 <input type="checkbox"/> 期限至:_____		
3. ()		/ / 日 月 年					<input type="checkbox"/> 永久傷殘 <input type="checkbox"/> 期限至:_____		
4. ()		/ / 日 月 年					<input type="checkbox"/> 永久傷殘 <input type="checkbox"/> 期限至:_____		

請填上代號 (見前頁)

已確認傷殘證明
(職員填寫)

申請人簽署: _____

日期: _____

家長/監護人同意書

(凡 18 歲以下之人士需有家長/監護人同意方可加入成為會員)

本人(家長/監護人*) _____ 同意上述申請人加入香港傷健協會成為中心會員。

家長/監護人簽署: _____

日期: _____

請將填妥的報名表格連同會員費 _____ 元 (新會員或新加入的家庭成員需同時附上近照乙張) 交回或寄回所屬中心, 支票抬頭為「香港傷健協會」。

中 心	地 址	電 話	傳 真
港島傷健中心	香港柴灣小西灣邨瑞益樓地下 5 至 12 室	2557 1631	2965 9134
九龍東傷健中心	九龍黃大仙下邨龍裕樓 106 至 110 室	2351 1811	2351 0612
九龍西傷健中心	九龍深水埗麗閣邨麗蘿樓地下 S102 室	2361 2323	2958 1280
新界傷健中心	大埔廣福邨廣平樓地下 110 至 115 室	2638 9011	2638 9061

職員專用

收表日期: _____ 收據號碼: _____ (\$ _____)

發證日期: _____ 有效期至: _____ 職員簽署: _____

香港傷健協會

收集個人資料聲明

提供有關個人資料予本會前，請詳細閱讀本聲明

本聲明是由香港傷健協會（下稱協會）根據香港特別行政區法例第486章《個人資料（私隱）條例》而作出。本聲明旨在通知閣下協會收集閣下個人資料的原因、將如何使用該等資料、個人資料可能轉交何人及應向誰提出查閱資料的要求。協會尊重個人私隱，承諾將會履行保護個人私隱原則，並會遵從《個人資料（私隱）條例》之有關規訂。

一、收集個人資料的目的

閣下自願提供的個人資料，協會首先用作審核有關的服務申請。同時，協會將根據個人資料用作服務配對和安排，為閣下提供合適的服務，滿足需求。

倘閣下未能提供所需的個人資料，協會可能無法處理服務申請，又或會影響日後服務的安排。故務必請閣下提供準確和足夠的個人資料。

二、個人資料的使用

除處理申請和提供服務外，協會將運用閣下的個人資料，作協會內部的統計、分析或研究，以便改善協會之服務。

同時，協會將以閣下的個人資料，包括姓名和聯絡方式（如：地址、電郵、電話），用作郵寄或電子傳訊相關的服務訊息：

- 定期或不定期之服務內容刊物
- 服務滿意度調查
- 服務發展研究調查

協會在未獲閣下書面同意下，不會使用個人資料作發放服務訊息之用。倘協會日後收到閣下之拒絕接收任何服務訊息的要求，亦會即時停止使用個人資料作此項用途。閣下可隨時書面向協會提出停止接收一項或多項服務訊息，而閣下毋須就此繳付任何費用。協會將備存一份拒絕接收協會服務訊息的名單，並定期更新和通知有關單位，有效執行閣下的要求。

三、個人資料的轉移

閣下所提供的個人資料，一般限於供給協會在工作上有需要知悉該等資料的職員使用。除此之外，協會或會在下列需要時向有關方面披露該等資料：

- A) 定期向特定政府部門匯報服務個案的所需資料；
- B) 為配合閣下身體或精神健康需要，將個人資料如姓名、身份證號碼、健康及福利事宜，轉交醫療機構、政府部門或相關社會福利服務營辦機構，使其提供適切的服務轉介；
- C) 由法律授權或法律規定協會須向其披露資料的有關方面。

四、查閱及更正個人資料

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已被刪除外，或在已達成使用目的/年期後銷毀，閣下有權就協會備存個人資料提出查閱及改正要求。閣下的查閱權利包括在繳付所需費用後，取得一份個人資料的複本。

如需查閱或改正資料，閣下可到協會下轄的服務中心，索取申請表格或書面提出。協會在收到查閱要求的四十日內回覆該項要求。若該項要求被拒絕，協會將以書面形式告知有關的資料當事人並說明拒絕理由。若閣下對所提供的資料有任何更改，請直接聯絡向閣下收集資料的服務中心提出。

每次申請查閱個人資料行政費為港幣五十元正；若需取得個人資料的複本，單面計影印費為每張港幣一元正。

五、聯絡協會方式

閣下可向下列人士聯絡，提出查閱或停止接收訊息的要求：

職位名稱：香港傷健協會服務總監

地址：香港北角百福道 21 號香港青年協會大廈 1402 室

電話：2551 4161

傳真：2875 1401

香港傷健協會 收集及使用個人資料同意書

本人，即下方簽署人，因應申請香港傷健協會的服務，完全明白及自願提供本人的個人資料，並同意香港傷健協會根據其政策保存本人的個人資料。

本人同意香港傷健協會為了配合本人的身體或精神健康需要，有需要時將本人的姓名、身份證號碼、健康及福利事宜，轉交醫療機構、政府部門或相關社會福利服務營辦機構，使其為本人提供適切的服務轉介。

本人同意香港傷健協會將以本人的個人資料，包括姓名和聯絡方式（如：地址、電郵、電話），用作郵寄或電子傳訊相關的服務訊息，例如定期或不定期之服務內容刊物、服務滿意度調查、服務發展研究調查。

本人於下方適當空格內加上✓，以表示是否同意香港傷健協會按上述的目的使用 本人的個人資料。

- 本人同意香港傷健協會使用本人個人資料發放以下訊息（可選擇下列一項或多項）
- 定期或不定期之服務內容刊物
 - 服務滿意度調查
 - 服務發展研究調查
- 本人不同意香港傷健協會按上述目的使用本人個人資料。

本人明白可聯絡香港傷健協會服務總監查閱及更正個人資料，同時，本人明白日後可隨時選擇拒絕接收上述一項或多項的服務訊息，而本人毋須就此繳付任何費用。

聯絡協會方式，地址：香港百福道 21 號香港青年協會大廈 1402 室；電話：2551 4161；
傳真：2875 1401。

申請人（監護人）簽署：_____

申請人姓名：_____

監護人姓名：_____（如適用）

會員證號碼：_____

日期：_____