

傳真號碼：3956 8974

電郵地址：yd@hkphab.org.hk



香港傷健協會
HONG KONG PHAB ASSOCIATION

青年發展 (支援特殊教育需要青年服務) 服務轉介表格

(只供職員填寫)

申請編號：_____

收表日期：__年__月__日

個人資料收集聲明

閣下所提供的資料只作申請本服務之用途，不會用作銷售或其他用途。除個人資料（私隱）條例所訂明的豁免條款或由於資料已被銷毀外，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（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) 服務使用者資料

姓名： (中) _____ (英) _____ 性別： 男 / 女

住址： _____ 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

身份証號碼： _____ 婚姻狀況： _____

就讀學校： _____ 就讀學科： _____

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
(可選多項) 肢體傷殘 言語障礙 視障 其他：_____ (請註明)

能否提供上述的評估報告： 能 (請隨申請表附上報告副本)
 否 _____ (請列明未能提供報告原因，並填寫轉介機構聲明)

有否受到精神困擾： 有 否

有否獲診斷患有精神健康徵狀： 思覺失調 焦慮症 強迫症 抑鬱症
(可選多項) 其他：_____ (請註明)

能否提供醫生診斷報告： 能 否 _____ (原因)

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： 工作收入 個人/家庭儲蓄 綜援 其他：_____

面對主要問題： 精神健康 學業問題 就業前途
 家庭關係 情緒管理 社交溝通

緊急聯絡人(1) 姓名：_____ (與申請人的關係：_____) 緊急聯絡人電話：_____

緊急聯絡人(2) 姓名：_____ (與申請人的關係：_____) 緊急聯絡人電話：_____

(二) 轉介者聲明 (適用於年齡不足 18 歲之申請人)

本人於_____年_____月_____日已取得申請人的父母或監護人同意是次轉介申請，有關其父母及監護人的聯絡資料如下：

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)：_____

(三) 轉介人資料 (由轉介人填寫)

轉介人姓名： _____ (先生／女士)* 職位： _____

機構名稱： _____ 所屬單位： _____

聯絡電話： _____ 傳真號碼： _____

電郵地址： _____

(四) 簡介申請人的狀況

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

(五) 申請人現正接受的服務

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

(六) 轉介至本服務的原因 / 申請人的現時需要

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

轉介人簽署： _____ 填寫日期： _____

中心專用：

轉介個案已獲接納 轉介未能接納，原因： _____

不獲接納個案，建議轉介至： _____

已接納個案由以下計劃社工負責處理：

融晴計劃 伯樂計劃 其他： _____



本計劃由香港公益金資助

This project is supported by The Community Chest