

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) 服務申請表格

(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 \_\_\_\_\_ (請列明原因。另外，如未能提供報告，申請有機會不獲接納)  
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 \_\_\_\_\_ (未能出示原因)  
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) 監護人聲明 (適用於年齡不足 18 歲之申請人)

本人為以上申請人之監護人，同意申請 貴機構提供的服務，並願意提供相關文件及報告，以協助 貴機構安排適當的服務。本人的聯絡資料如下：

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)：\_\_\_\_\_

監護人簽署：\_\_\_\_\_

申請人簽署：\_\_\_\_\_ 填寫日期：\_\_\_\_\_

### 中心專用：

申請已獲接納  申請未獲接納，原因：\_\_\_\_\_

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