



| | |
|----|--|
| 地區 | |
| 編號 | |

電話: 2777-2223 傳真: 2777-2269 地址: 九龍大坑東村東成樓地下 12-15 號 網址: www.volunteer-ccm.org 電郵地址: ccm@volunteer-ccm.org

個別服務對象申請表

| | | | |
|-------|---|--|---------------------------------|
| 姓名 | (中文) | (英文) | 相片 |
| 身份証號碼 | () | 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| 出生日期 | 年 月 日 | 國籍/籍貫 | |
| 居住地址 | | | |
| 電話 | (手提) | (住宅) | (辦公室) |
| 電郵 | | | 傳真 |
| 教育程度 | <input type="checkbox"/> 小學或以下 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 大學或以上 | | 職業 |
| 婚姻狀況 | <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 | | 宗教 / <input type="checkbox"/> 無 |

可供聯絡人資料：(如申請人因健康或能力問題不適宜聯絡，請填寫以下資料)

| | | |
|------|--------|------------|
| 姓名 | *先生/女士 | 關係 |
| 電話 | (手提) | (住宅) (辦公室) |
| 通訊地址 | | |

A) 健康及精神狀況

| | | | | |
|------------------|--|--|--|---|
| 服務對象類別： | <input type="checkbox"/> 1. 失明人士 | <input type="checkbox"/> 2. 肢體傷殘 | <input type="checkbox"/> 3. 智障 (*輕 / 中 / 嚴重) | <input type="checkbox"/> 4. 長期病患者 |
| | <input type="checkbox"/> 5. 精神病康復者 | <input type="checkbox"/> 6. 其他：(請註明 _____) | | |
| 身高：_____ * 米 / 尺 | 體重：_____ * 公斤 / 磅 | | | |
| 行動能力： | <input type="checkbox"/> *自行 / 慢行 | | <input type="checkbox"/> 輪椅 (*手動 / 電動) (*可 / 不可以 過車) | |
| | <input type="checkbox"/> 使用助行器 (包括拐杖、手叉、圍架等) | | <input type="checkbox"/> 其他 (請註明 _____) | |
| 長期病患紀錄： | _____ | | | |
| 溝通困難： | <input type="checkbox"/> 有 (請註明 _____) | | <input type="checkbox"/> 無 | |
| 所操方言： | <input type="checkbox"/> 廣東話 | <input type="checkbox"/> 普通話 | <input type="checkbox"/> 英語 | <input type="checkbox"/> 其他：(請註明 _____) |
| 備註： | _____ | | | |

B) 經濟狀況

| | | |
|-------------------|-------------------------------|--|
| 支持生活方式： (可選多項) | <input type="checkbox"/> 個人積蓄 | |
| | <input type="checkbox"/> 工作 | (職業：_____ 每月入息：\$ _____ 供養人數：_____) |
| | <input type="checkbox"/> 社會津貼 | <input type="checkbox"/> 綜合援助 (請註明檔案編號：_____) <input type="checkbox"/> 傷殘津貼 (<input type="checkbox"/> 低額 <input type="checkbox"/> 高額) <input type="checkbox"/> 其他津貼 (請註明：_____) |
| | <input type="checkbox"/> 家人支持 | (家庭每月平均入息：\$ _____，供養人數：_____) |

C.) 支援網絡

| | | |
|------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> 家庭： | 同住的家庭成員總人數：_____ 包括 父母 _____ 人 伴侶 _____ 人 子女 _____ 人 孫兒 _____ 人 其他 (請註明 關係：_____ 人數：_____) | |
| | 非同住的家庭成員總人數：_____ 包括 父母 _____ 人 伴侶 _____ 人 子女 _____ 人 孫兒 _____ 人 其他 (請註明 關係：_____ 人數：_____) | |
| <input type="checkbox"/> 社區： | <input type="checkbox"/> 義工 (來源：_____) | <input type="checkbox"/> 家務助理 (機構：_____) |
| | <input type="checkbox"/> 其他：(請註明 機構：_____) | |
| <input type="checkbox"/> 朋友 | <input type="checkbox"/> 親戚 | 請註明：_____ |
| | <input type="checkbox"/> 其他 | 請註明：_____ |

D) 申請服務之原因

E) 欲申請之服務：(可選多項)

| | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 護送服務 | <input type="checkbox"/> 陪診服務 | <input type="checkbox"/> 接送參加文康體服務 | <input type="checkbox"/> 其他：(請註明)_____ |
| <input type="checkbox"/> 探訪服務 | <input type="checkbox"/> 功課輔導服務 | <input type="checkbox"/> 文書服務 | _____ |

F) 如何得悉本服務資料

街頭橫額 海報傳單 報章雜誌 網上宣傳 朋友推薦 其他機構介紹 其他：_____

聲明：本人同意上述個人資料可供 貴會職員安排配對義工服務之用。

*申請人 或 監護人 簽署：_____ 日期：_____

監護人姓名：_____ 聯絡電話：_____ 申請者與監護人關係：_____

如有緊急事故，請代通知 _____ *先生 / 女士 關係 _____ 電話 _____

備註：上述個人資料，一切保密。

(*請刪除不適用者)

轉介機構資料(如適用)：機構名稱：_____

負責職員姓名(職位)：_____ () 電話：_____

~~~~~

## 以下由本服務填寫：

登記日期：\_\_\_\_\_ 職員簽署：\_\_\_\_\_

申請批核： 接納  不接納 (原因：\_\_\_\_\_ ) 主任簽署：\_\_\_\_\_

終止日期：\_\_\_\_\_ 終止原因：\_\_\_\_\_

主任簽署：\_\_\_\_\_