



聖雅各福群會
「後顧無憂」規劃服務
轉介表

編號: _____

* 傳真號碼: 31043640

* 煩請傳真後必須致電本服務確認

第一部份: 基本資料

1. 個人資料 *請刪去不適用者

1.1 姓名: _____ (中文) _____ (英文)

1.2 出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (身份証) 年齡: _____ 籍貫: _____ *性別: 男 / 女

1.3 身份證號碼: _____ () *宗教/信仰: 沒有/拜神/道教/佛教/天主教/基督教/回教 其他: _____

1.4 地址: _____

1.5 電話號碼: _____ 住宅: _____ 手提: _____

1.6 慣用方言: 廣東話 普通話 英語 其他 慣用方言: (請註明: _____)

1.7 教育程度: 不懂文字 略懂文字 能讀寫 (*請註明受教育程度: 小學 / 中學 / 大學)

1.8 婚姻狀況: 從未結婚 已婚 離婚 分居 喪偶 同居

1.9 親屬狀況: 沒有子女 子女在港 子女在港外 沒有親友 親友在港 親友在港外
註明: _____

1.10 親屬聯繫: 子女間中聯絡 子女沒有聯絡 親友間中聯絡 親友沒有聯絡

1.11 緊急聯絡人: _____ (姓名) _____ (電話) _____ (關係)
_____ (地址)

1.12 獲悉服務來源: 電視 電台 報紙 講座 朋友 社會服務機構

2. 居住及經濟情況

2.1 居住情況: 獨居 與配偶共住 與家人共住 *與其他親屬 / 朋友共住

2.2 住所類別: 公屋 床位/閣仔 長者住屋 安老院(請註明: _____)
私人屋宇 房間/板房 一層樓宇/木屋/石屋 其他(請註明: _____)

2.3 租金: \$ _____ 自置物業 親友免費借住

2.4 經濟來源: #綜合社會保障援助 (檔案編號: -- --) 工作收入 由家人支持
#監護人 / 受委人 (姓名) _____ (電話) _____ (機構) _____)
儲蓄 *高齡津貼 / 長者生活津貼 / 傷殘津貼 其他(請註明: _____)

第二部分: 評估

3. 身體狀況

3.1 慢性病: 沒有 *血壓高 / 低 糖尿病 心臟病 中風 眼疾 腎病 高膽固醇
精神病 慢性氣管疾病 腦退化症 帕金森症 癌症 請註明: _____ 其他: _____

3.2 弱能: 沒有 失明/部份失明 失聰/部份失聰 肢體傷殘 其他 (請註明: _____)

3.3 行為: 正常 退縮 暴力傾向(言語、行為) 其他 (請註明: _____)

3.4 情感: 正常 抑鬱 起伏不定 其他 (請註明: _____)

3.5 認知: 正常 異常(請註明: _____)

3.6 溝通能力: 理想 不理想(請註明: _____)

4. 日常活動能力

4.1 行動: 正常 緩慢/困難 輪椅 拐杖/雨傘 臥床 步行輔助器

4.2 電話使用: 能自行操作 只能接聽電話 不懂操作

5. 支援網絡

5.1 長者中心: 有 (機構名稱: _____) 沒有

5.2 綜合家居照顧服務: 有 陪診 / 家居清潔 / 送飯服務 沒有

5.3 其他: _____

6. 申請原因 _____

7. 轉介機構名稱: _____ 工作人員姓名: _____ 電話: _____
日期: _____ 認識申請人年期: _____ 年 _____ 月 傳真號碼: _____

內部專用不需填寫 批核結果: _____

批核申請 不批核申請 原因: 親友在港能提供協助 _____ 其他 _____

審閱工作人員: _____ 日期: _____