



聖雅各福群會

## 《贈藥治病計劃》

轉介表格

個案編號：\_\_\_\_\_ (聖雅各福群會專用)

姓名：\_\_\_\_\_ 先生/女士 年齡：\_\_\_\_\_  
地址：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

### 家庭狀況

婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 喪偶 同居  
有(子女數目)\_\_\_\_\_ 沒有

主要照顧者：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_

收入來源(以每月計算)：綜援金：\$\_\_\_\_\_ 綜援金編號：\_\_\_\_\_  
高齡津貼 / 長者生活津貼：\$\_\_\_\_\_  
傷殘津貼：\$\_\_\_\_\_  
由子女/家人支持：\$\_\_\_\_\_  
依賴積蓄：\$\_\_\_\_\_ 退休金：\$\_\_\_\_\_  
其他(如工作/親友之供養，請註明及款項：\$\_\_\_\_\_)

每月家庭總收入：\$\_\_\_\_\_

支出總額(以每月計算)：藥物費：\$\_\_\_\_\_  
(請詳細列明現時服用之藥物)\_\_\_\_\_  
租金：\$\_\_\_\_\_  
電費/水費/煤氣費：\$\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
食用：\$\_\_\_\_\_  
其他(請詳述)\$\_\_\_\_\_

每月家庭總支出：\$\_\_\_\_\_

### 居住情況

居住狀況：獨居 與配偶同住 與子女同住  
與其他親友/朋友共住(請註明：\_\_\_\_\_)

住所性質：公共樓宇 私人樓宇 僱員宿舍  
其他住所(請註明：\_\_\_\_\_)

個案姓名：\_\_\_\_\_

**身體狀況**

殘障情況：失明/部分失明(程度：\_\_\_\_\_)心智衰退  
失聰/部分失聰(程度：\_\_\_\_\_)精神病(種類)\_\_\_\_\_)  
肢體傷殘(殘障身體部份\_\_\_\_\_)  
其他(請註明：\_\_\_\_\_)沒有

病患狀況：氣管疾病心臟病血壓高/低關節炎  
糖尿病眼疾癌症其他(請註明：\_\_\_\_\_)

申請資助藥物的名稱：

\_\_\_\_\_

請詳述需要服務之原因：

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

特別注意事項：\_\_\_\_\_

現時有否接受其他資助計劃/服務？有(請詳述)\_\_\_\_\_否

是否願意接受採訪及報導？是否

轉介醫務人員/社工/主管中文姓名(以正楷填寫)：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_

機構名稱：\_\_\_\_\_傳真號碼：\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_

- \* 必須提供最近之援助金額通知書副本
- \* 必須提供最近購買自費處方藥物之單據副本
- \* 必須提供證明文件，如薪金證明及醫生證明文件
- \* 必須由醫務人員/社工/主管作出轉介/簽署
- \* 轉介醫務人員/社工/主管證實以上資料無誤

地址：香港灣仔石水渠街 85 號一字樓 105 室

電話：2831 3289 傳真：2834-7300

更新日期：11/2015