



聖雅各福群會 服務發展

## 《家居醫療用品支援計劃》

轉介表格

個案編號：\_\_\_\_\_ (聖雅各福群會填寫)

**\*所有資料請以正楷填寫**

### 第一部分：個案資料

中文姓名：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_ 性別：男 女 子女數目：\_\_\_\_\_

香港身份證號碼：\_\_\_\_\_ 婚姻狀況：未婚 已婚 離婚 喪偶 同居

住址：\_\_\_\_\_

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

住所電話號碼：\_\_\_\_\_ 手提電話號碼：\_\_\_\_\_

若個案現已領取政府資助，請填寫以下資料：

綜援金：\$\_\_\_\_\_ 綜援金編號：\_\_\_\_\_

高齡津貼：\$\_\_\_\_\_  傷殘津貼：\$\_\_\_\_\_

其他資助/津貼及名稱：\$\_\_\_\_\_

### 第二部分：個案及家人每月的收入

項目	每月平均收入 (\$)
工作	
退休金	
租金收入	
利息收入 (股票、基金等)	
個案的家人/親屬/朋友提供的資助	
其他收入	
總收入	

### 第三部分：個案每月的支出

項目	每月平均支出 (\$)
租金	
電費	
水費	
煤氣費	
日常開支，如膳食費	
在公營醫療機構就醫的醫療開支，包括藥物、醫療用品等	
其他開支	
總支出	

#### 第四部分：個案之身體狀況：

所患之疾病：末期腎衰竭 心臟病 糖尿病 膽固醇 高/低血壓 氣管疾病  
關節炎 骨質疏鬆症 肝病 癌症 其他(請註明：\_\_\_\_\_)

殘障情況：失明/部分失明(程度：\_\_\_\_\_) 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：\_\_\_\_\_)

#### 第五部分：請詳述需要服務之原因：

---

---

---

---

---

特別注意事項：\_\_\_\_\_

#### 第七部分：其他

個案有否申請或已得到其他機構的資助？ 有 沒有  
若有，資助機構的名稱：\_\_\_\_\_ 資助項目：\_\_\_\_\_  
資助金額：\_\_\_\_\_ 資助期限：\_\_\_\_\_

個案是否願意接受採訪及報導？ 是 否

#### 第八部分：轉介機構資料

機構名稱：\_\_\_\_\_  
轉介醫務人員/社工/主管中文姓名(以正楷填寫)：\_\_\_\_\_  
電話：\_\_\_\_\_ 傳真號碼：\_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_\_\_\_

#### 注意事項：

- 申請人必須提供遞交足夠的證明文件
- 申請表必須由醫務人員/社工/主管作出轉介及簽署
- 所提供的資料必須絕對真確無誤
- 聖雅各福群會有最終的審核及決定權

#### 聖雅各福群會之聯絡方法：

地 址：香港灣仔石水渠街 85 號 聖雅各福群會 1 樓 105 室  
電 話：2835 4320 傳 真：2834 7300