



**仁濟醫院**  
Yan Chai Hospital

# 仁濟緊急援助基金

## 申請個案轉介表

地址：荃灣仁濟街 7-11 號仁濟醫院 A 座 5 樓董事局

電話 Tel : 2402 8276 傳真 Fax : 2412 0245

保密文件

### 1. 申請人資料

姓名	香港身份證號碼 / 身份證明文件號碼
出生日期 (日/月/年)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
職業	每月收入
婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡	疾病 / 傷殘類別
住宅電話	手提電話
住址	

### 2. 家庭成員 (如有需要請另加附頁)

姓名	身份證號碼	與申請人關係	年齡	職業	每月收入	健康狀況	與申請人同住?
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
							<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

### 3. 經濟援助 (如有需要請另加附頁)

申請人及其家庭成員，在最近半年是否有得到政府或非政府機構的經濟援助？

否

是 →

援助機構	援助內容	援助金額	援助時期	受助者姓名

社署檔案 : 檔案編號 : \_\_\_\_\_ 職員姓名 : \_\_\_\_\_  
(如適用)

電話 : \_\_\_\_\_ 援助內容 : \_\_\_\_\_

4. 家庭背景簡介 (如有需要請另加附頁)

---

---

---

---

5. 申請人的支援網絡 (如有需要請另加附頁)

---

---

---

6. 申請需要 (如有需要，可在括號內註明申請需要的詳情)

- 生活援助 \$\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)
- 租金援助 \$\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)
- 殮葬援助 \$\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)
- 教育援助 \$\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)
- 醫療援助 \$\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)
- 復康援助 \$\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)
- 災難援助 \$\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)
- 家居援助 \$\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)
- 其他需要 \$\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

7. 轉介原因 (如有需要請另加附頁)

---

---

---

---

8. 轉介人資料

轉介人姓名	職銜
機構名稱	電話
機構地址	
傳真	機構印章
日期	

填妥後的表格可經傳真或郵寄方式交回。本基金收到後，當盡快聯絡申請人。