



仁濟醫院
Yan Chai Hospital

仁濟緊急援助基金轉介表
Referral Form for Yan Chai Emergency Assistance Relief Fund

保密文件 Confidential

地址：荃灣仁濟街 7-11 號仁濟醫院 C 座 10 樓
Address: 10/F, Block C, Yan Chai Hospital, 7-11 Yan Chai Street, Tsuen Wan
電話 Tel : 8100 7711 傳真 Fax : 2412 0245

1. 申請人資料 Particulars of Applicant

姓名 Name	香港身份證號碼/身份證明文件號碼 HKID Card No. / Document No.
出生日期 (日/月/年) Date of Birth (dd/mm/yy)	性別 Sex <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
職業 Occupation	每月收入 Monthly Income
婚姻狀況 Marital Status <input type="checkbox"/> 單身 Single <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 同居 Cohabited <input type="checkbox"/> 分居 Separated <input type="checkbox"/> 離婚 Divorced <input type="checkbox"/> 鰥寡 Widowed	健康狀況 Health Condition
住宅電話 Home Telephone No.	手提電話 Mobile No.
住址 Residential Address	

2. 家庭成員 Particulars of Family Member (如空間不足，請加附頁 If space is insufficient, please use a separate sheet)

姓名 Name	身份證明 文件號碼 Document No.	與申請人關係 Relationship with Applicant	年齡 Age	職業 Occupation	每月收入 Monthly Income	與申請人同住? Whether Residing with Applicant?	備註 Remarks
						<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No	
						<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No	
						<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No	
						<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No	
						<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No	
						<input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No	

3. 經濟援助 Financial Assistance (如空間不足，請加附頁 If space is insufficient, please use a separate sheet)

在最近 6 個月以來，申請人及其家庭成員從政府或非政府機構獲得的經濟援助 Financial assistance received by applicant and family member(s), which provided by government or non-governmental organization(s) in the past 6 months

撥款機構名稱 Name of Organization(s)	援助內容 Content of Assistance	援助金額 Amount of Assistance	援助時期 Period of Assistance	受助者姓名 Name of Recipient(s)

4. 家庭背景 Family Background (如空間不足，請加附頁 *If space is insufficient, please use a separate sheet*)

5. 申請項目 Applications Items

請填寫申請銀碼及在括號內寫上用途 *Please specify the amount of assistance and state the use of purpose in bracket(s)*

<input type="checkbox"/> 生活援助 <i>Subsistence Assistance</i>	\$ _____ (_____)	<input type="checkbox"/> 租金援助 <i>Rental Assistance</i>	\$ _____ (_____)
<input type="checkbox"/> 殮葬援助 <i>Funeral Assistance</i>	\$ _____ (_____)	<input type="checkbox"/> 教育援助 <i>Education Assistance</i>	\$ _____ (_____)
<input type="checkbox"/> 醫療援助 <i>Medical Assistance</i>	\$ _____ (_____)	<input type="checkbox"/> 復康援助 <i>Rehabilitation Assistance</i>	\$ _____ (_____)
<input type="checkbox"/> 災難援助 <i>Disaster Assistance</i>	\$ _____ (_____)	<input type="checkbox"/> 家居援助 <i>Household Assistance</i>	\$ _____ (_____)
<input type="checkbox"/> 其他 <i>Others</i>	\$ _____ (_____)		

6. 轉介原因 Reason for Referral (如空間不足，請加附頁 *If space is insufficient, please use a separate sheet*)

7. 轉介機構 Referring Agency

機構及辦事處名稱 <i>Name of Agency & Office</i>	職銜 <i>Position</i>
推薦人姓名 <i>Name of Recommending Officer</i>	電話 <i>Telephone No.</i>
地址 <i>Correspondence Address</i>	
傳真 <i>Fax No.</i>	簽署及印鑑 <i>Signature & Chop</i>
日期 <i>Date</i>	

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。
Completed form can be submitted by fax or post. Applicant will be contact shortly after the form has been submitted.