



# 仁濟永強全癱病人基金申請表

## Application Form for Yan Chai Tetraplegic Fund

地址：荃灣仁濟街 7-11 號仁濟醫院 C 座 10 樓仁濟醫院董事局  
 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

2019 年資助申請  
 Grant for 2019

**保密文件 Confidential**

請勿填寫 For Official Use Only

檔案編號 Case No. : \_\_\_\_\_

### 甲部 Section A

#### 1. 申請人個人資料 (全癱病人)

##### Particulars of Applicant (Tetraplegic patient)

中文姓名 <i>Name in Chinese</i>	英文姓名 <i>Name in English</i>
出生日期 (日/月/年) <i>Date of birth (dd/mm/yy)</i> /                    /	香港身份證號碼 <i>HKID card no.</i>  (                    )
性別 <i>Sex</i>  <input type="checkbox"/> 男 <i>Male</i> <input type="checkbox"/> 女 <i>Female</i>	婚姻狀況 <i>Marital Status</i>  <input type="checkbox"/> 單身 <i>Single</i> <input type="checkbox"/> 已婚 <i>Married</i> <input type="checkbox"/> 同居 <i>Cohabited</i> <input type="checkbox"/> 分居 <i>Separated</i> <input type="checkbox"/> 離婚 <i>Divorced</i> <input type="checkbox"/> 鰥寡 <i>Widowed</i>
住宅電話 <i>Home telephone no.</i>	手提電話 <i>Mobile no.</i>
住址 <i>Residential address</i>	
電郵地址 <i>Email address</i>	
職業 <i>Occupation</i>	每月工作收入 <i>Monthly working income</i> \$
機構名稱 <i>Company name</i>	機構地址 <i>Company address</i>
其他收入 <i>Other income</i> :	
<input type="checkbox"/> 退休金/長俸 <i>Retirement benefits/Pensions</i> \$ _____ (每月金額 <i>Amount per month</i> )	<input type="checkbox"/> 從家人、親戚或朋友等收取的金錢 <i>Income from family members, relatives, friends, etc.</i> \$ _____ (每月金額 <i>Amount per month</i> )
<input type="checkbox"/> 長者生活津貼/高齡津貼/傷殘津貼 <i>Old age living allowance/Old age allowance/Disability allowance</i> \$ _____ (每月金額 <i>Amount per month</i> )	
<input type="checkbox"/> 慈善基金 <i>Charitable fund</i> (近 6 個月的收款紀錄 <i>Record(s) in the past 6 months</i> ) 基金名稱 <i>Name of charitable fund(s)</i> _____ 最近 6 個月收取總額 <i>Received amount in the past 6 months</i> \$ _____ 備註 <i>Remarks</i> _____	
<input type="checkbox"/> 綜合社會保障援助 <i>CSSA</i> 檔案編號 <i>Case no.</i> _____	<input type="checkbox"/> 其他每月收益 <i>Other monthly income</i> \$ _____ (來源 <i>Source</i> _____)
現時居住在 <i>Currently living at</i> : <input type="checkbox"/> 家 <i>Home</i> <input type="checkbox"/> 醫院 <i>Hospital</i> <input type="checkbox"/> 院舍 <i>Institution</i> <input type="checkbox"/> 其他 <i>Others</i> (註明 <i>Please specify</i> : _____)	

## 2. 家屬資料

### Particulars of Family Members

姓名 Name	年齡 Age	性別 Sex	與申請人關係 Relationship with the applicant	職業 Occupation	每月收入 Monthly income	「綜援」受助人? CSSA recipient?	與申請人同住? Whether residing with the applicant?
						<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
						<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
合共 Total					\$		

## 3. 住所資料

### Accommodation Information

<input type="checkbox"/> 公營租住房屋 <i>Public rental housing</i> 每月租金 <i>Monthly rent</i> \$ _____	<input type="checkbox"/> 自置居所 <i>Self-owned property</i> 按揭 <i>Mortgage</i> (如有 <i>if applicable</i> ) : → 每月供款 <i>Monthly mortgage payment</i> \$ _____
<input type="checkbox"/> 私營租住房屋 <i>Private rental housing</i> 每月租金 <i>Monthly rent</i> \$ _____	
<input type="checkbox"/> 居所由僱主提供 <i>Provided by employer</i> 詳情 <i>Details</i> _____	<input type="checkbox"/> 免租 <i>Rent free</i> 詳情 <i>Details</i> _____
<input type="checkbox"/> 其他 <i>Others</i> 詳情 <i>Details</i> _____	

## 4. 資產 (申請人與同住家屬)

### Capital Assets (Applicant & family members living under the same roof)

(填上的內容以遞交此申請表時最近資料為準。 *Please provide the information up to the date of submitting this application form.*)

現金 <i>Cash in hand</i> 總額 <i>Total amount</i> \$ _____
股票、股份的投資及易於變換現金的財產 <i>Investments in stocks, shares and readily liquidated assets</i> 詳情 <i>Details</i> _____ _____
總估值 <i>Total estimated value</i> \$ _____
非自住物業 <i>Non-owner occupied property</i> 地址 <i>Address</i> _____ 總估值 <i>Total estimated value</i> \$ _____

**5. 儲蓄及定期存款 (申請人與同住家屬)****Savings & Fixed Deposits (Applicant & family members living under the same roof)**

帳戶持有人姓名 <i>Name of account holder</i>	銀行名稱 <i>Bank name</i>	帳戶號碼 <i>Account number</i>	最近結餘 <i>Recent balance \$</i>	結餘日期 <i>Date of the balance</i>
<b>合共 Total</b>			<b>\$</b>	

**6. 申請人每月用在醫療及復康的經常支出****Applicant's Regular Monthly Expenditure in Medical and Rehabilitation Items**

項目類別 (如醫療消耗品、醫療費、僱用照顧者開支、儀器保養費、特別膳食、外出求診等) <i>Nature of essential medical and rehabilitation items (e.g. purchase of medical consumables, medical charges, carer expenses, maintenance of equipment, special diet, transport to and from clinic/hospital, etc.)</i>	每月平均支出 <i>Average monthly expenditure</i>	
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
<b>合共 Total</b>		<b>\$</b>

**7. 最近申請「仁濟永強全癱病人基金」紀錄 (如適用)****Records of Recent Application for Yan Chai Tetraplegic Fund (if applicable)**

年份 Year	摘要 Description	受助金額 Amount \$
2015		
2016		
2017		
2018		

首次申請「仁濟永強全癱病人基金」的年份 *First Year of Application for Yan Chai Tetraplegic Fund* : \_\_\_\_\_(年 Year)

**8. 申請項目****Types of Application**

請提供醫生或治療師的補充文件，以支持以下的申請。

*Please provide supplementary document(s) from medical officer or therapist to support the following application(s).*

**8.1 醫療 / 復康用具 *Medical / Rehabilitation appliance* (請提供報價資料 *Please provide quotation(s)*)**

報價要求 *Quotation requirement* :

申請項目 <i>Application item</i>	報價單數目 <i>Number of quotation(s)</i>
≤ \$5,000	1 quotation
> \$5,000 - \$30,000	2 quotations
> \$30,000 - \$60,000	3 quotations
> \$60,000	4 quotations

申請項目 <i>Application item(s)</i>	金額 <i>Amount</i>
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	
合共 <i>Total</i>	\$

**8.2 臨時津貼 *Temporary allowance***

如個人照顧、暫顧服務、醫療消耗品等。

*Temporary allowance in coping with special needs, e.g. personal helper, occasional care, medical consumable items, etc.*

申請項目 <i>Application item(s)</i>	每月金額 <i>Monthly amount</i>
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	
f)	
<b>每月總共 <i>Monthly total</i></b>	<b>\$</b>

**8.3 家居改裝費用 *Home modifications expenses***

申請項目 <i>Application item(s)</i>	金額 <i>Amount</i>
a)	
b)	
<b>合共 <i>Total</i></b>	<b>\$</b>

**8.4 其他申請 *Others***

申請項目 <i>Application item(s)</i>	金額 <i>Amount</i>
a)	
b)	
<b>合共 <i>Total</i></b>	<b>\$</b>

## 9. 申請原因

### Reasons for Making Application

## 10. 義務工作

### Volunteer Service

「仁濟永強全癱病人基金」的每分每毫都是靠籌款而來，倘你獲得資助，你願意義務參與「基金」的宣傳及籌募活動嗎？

*Every dollar of the Yan Chai Tetraplegic Fund comes from donations and successful applicants may be invited to attend the fund-raising events. Would you come and join us as you were granted?*

我願意 *Yes, I do.* (  刊物 *publication* /  單張 *leaflet* /  電視節目 *TV programmes* /  電台節目 *Radio programmes* /  報章 *Newspaper* /  社交媒體 *Social media* )

我不願意 *No, I don't.*

## 11. 收取津貼 (只適用於領取臨時津貼)

### Receiving subsidy (Applicable to receiving temporary allowance)

用以收取臨時津貼的銀行帳戶號碼 (請提供顯示帳戶持有人的英文姓名及帳戶號碼的月結單/存摺副本)

*Bank account number for receiving subsidy (Please provide copy of the monthly bank statement/passbook which shows the holder's english name and the account number.)*

帳戶持有人的英文姓名 <i>Name of account holder</i>	銀行名稱 <i>Name of bank</i>	帳戶號碼 <i>Account number</i>

醫療器材的資助一般是以支票發放，不會存入銀行戶口。

*Grant for any medical/rehabilitation appliance will be in the form of cheque payable to the respective supplier.*

## 12. 聲明

### Declaration

本人謹此聲明，所呈報之資料均屬真確及並無遺漏，並接受「申請須知」的所有內容及受其約束。

*I hereby declare that the information given herein is true, correct and complete. I accept the "terms and conditions" of the Yan Chai Tetraplegic Fund and agree to be bound by them.*

\_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
申請人簽署 *Signature of applicant*                      姓名 *Name*                                      日期 *Date*

如申請人年齡在 18 歲以下，申請表須由申請人的父母或監護人簽署。

*If an applicant is aged below 18, parent or legal guardian should act on his behalf to sign the application form.*

## 13. 備忘

### Checklist

在遞交申請之前，請檢查以下事項 *Before submitting your application, please check if you have:*

- ✓ 已填妥的申請表格 *complete the application form*
- ✓ 附上申請須知內所要求提交的文件副本 *supplies copies of documents stated in the terms and conditions*
- ✓ 已簽署申請表及填上日期 *signed and dated the application form*

請將填妥之表格及有關文件於 2018 年 10 月 15 或之前交回「仁濟永強全癱病人基金」。

*Please return the completed application form with all required documentation to "Yan Chai Tetraplegic Fund" on or before 15 October 2018.*

## 乙部 Section B

如非有合理理由，此部份只供醫務社工填寫。倘填寫此部份時有疑問，請與本基金職員聯絡。

*If there is no reason, this part should be completed by medical social worker only. If you have any enquiries about this part, please contact us.*

### 14. 轉介機構評估及推薦 (由轉介機構填寫)

#### Assessment & Recommendations by Referring Agency (to be completed by referring agency)

申請人的個案背景 *Applicant's case background*

申請人的活動能力及日常生活活動 *Applicant's mobility and activities of daily living(ADL)*

轉介原因 *Reason for making referral*

### 15. 轉介機構

#### Referring Agency

機構及辦事處名稱 *Name of agency and office*

推薦人姓名 *Name of recommending officer*

職銜 *Position*

電話 *Telephone no.*

傳真 *Fax no.*

地址 *Correspondence address*

推薦人簽署 *Signature of recommending officer*

日期 *Date*



