|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LOGO-RED | |  |  | | --- | --- | | **本計劃由公益金醫療援助基金資助**  **This project is supported by**  **The Community Chest Medical Assistance Fund** | **一經填寫即屬保密** | |  | |

**公益金醫療援助基金**

**「翼光計劃」申請表**

檔案編號：

*（提供短暫經濟資助，為有情緒需要之青年，按情況而發放緊急資助接受精神科醫療及心理治療服務，以解燃眉之急，全年均可申請，獲批金額按個別申請人之需要而定。如申請人年齡未滿18歲，轉介社工應先取得家長或監護人同意。如有任何查詢，請致電2679 7557與本處聯絡。）*

**(一) 個人資料**

申請人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(中)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(英) 性別：\_\_\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_\_(年)/\_\_\_\_\_\_(月)/\_\_\_\_\_\_(日) 年齡：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身份證號碼 (首4個字)：\_\_\_\_\_\_\_\_ 居住地址：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

就讀學校：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 班級：

監護人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 與申請人之關係：

聯絡電話： (申請人) (監護人)

曾否接受精神科醫療服務：□ 沒有 □ 有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(醫生/診所名稱)

曾否成功申請公益金醫療援助基金：□ 沒有 □ 有\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(機構名稱)

**(二) 家庭狀況**

2.1同住家庭人數(包括申請人)共： 人

2.2家庭成員(請填寫所有同住家庭成員資料)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **與申請人關係** | **年齡** | **職業** | **每月收入** | **備註** |
|  | 申請人 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **家庭總收入** | | | |  |  |

2.3經濟狀況 (可多於一項)

|  |
| --- |
| 🗆 正領取綜合社會保障援助計劃 |
| 🗆 符合家庭住戶每月收入中位數的 \* 65% / 80% (\*請刪去不適用者) |

(三) **轉介社工陳述推薦申請之原因**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(四)** **申請資助類**

請以「✓」表達其意願，供本計劃社工參考配對服務之用：

|  |  |
| --- | --- |
| 申請資助類別 | 🗆 精神科醫療現金資助 |
| 🗆 心理治療現金資助 (臨床心理治療/輔導心理治療) |

**(五) 聲明**

🗆 本人謹此聲明，以上資料均實屬無訛，如有隱瞞或虛報，資助即被終止，本人須退回所領之款項或補償有關損失。資料如有更改，本人必定盡快通知 貴處。

🗆 本人承諾於治療服務結束後，剩餘資助額將由本處繼續用於本計劃之中或退回公益金。

根據個人資料(私隱)條例，閣下向本處所提供的個人資料，將會供本處及「公益金醫療援助基金」為閣下提供援助使用；並在有需要作其他服務轉介時，提供予有關機構。你的個人資料將作保密處理。

申請人姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 簽署：＿＿＿＿＿＿＿＿ 日期：＿＿＿＿＿＿＿

*（家長／監護人簽署適用於18歲以下申請人）*

家長／監護人姓名：＿＿＿＿＿＿ 簽署：＿＿＿＿＿＿＿＿ 日期：＿＿＿＿＿＿＿

**(六) 轉介社工資料**

轉介社工姓名：　　　　　　　　　　　　　（先生／女士）

機構 / 單位 / 學校：

聯絡電話：　　　　　　　　　　　（單位）　　　　　　　　　　　　　　　（學校）

傳真號碼：　　　　　　　　　　　（單位）　　　　　　　　　　　　　　　（學校）

電郵地址：

(簽署) 日期：

轉介社工 姓名( )

(簽署) 日期：

社工督導 姓名( )

**(七) 所需文件清單** (請在適用處加上「」或 刪去不適用者)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **已填妥**本申請表格的資料 |  |
|  | 申請人香港出生證明書或香港身份證**副本** |  |
|  | 地址證明**副本** |  |
|  | 適用於綜援家庭：  綜合社會保障援助通知書連同「醫療費用豁免證明書」(需列有申請人姓名) |  |
|  | 適用於符合家庭住戶每月收入中位數的65% / 80%：  申請人及**同住**家庭成員之收入證明**副本**(由僱主發出最近連續 3 個月之糧單，及/或最近連續 3 個月之支薪銀行戶口月結單/存摺，需附有戶口持有人姓名和號碼等資料；或其他有助審批的文件) |  |
|  | 其他 (請註明) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

請將填妥之申請表格及所需文件電郵：[soar2light@hkcys.org.hk](mailto:soar2light@hkcys.org.hk)，並將申請表格正本及所需文件郵寄到：新界上水天平邨天明樓地下105-113室，信封面註明「申請公益金醫療援助基金翼光計劃」*，*請支付足夠郵資，以免延誤收件。

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

以下由審核機構填寫

**(八) 申請結果** (請在適當方格內填「」)  
🗆 成功獲本處之緊急資助，金額為港幣$\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
**未能獲批核個案之原因**🗆 申請人退出申請

🗆 經濟狀況超出限額

🗆 曾獲批此計劃資助

🗆 申請人未能提交足夠文件以供審核

🗆 其他 (請註明) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**推薦人：**

(簽署) 　　　　　日期：

計劃社工 姓名 ( )

**批准人：**

(簽署) 　　　　　日期：

計劃督導 姓名 ( )

附註

|  |
| --- |
| 酌情權編號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |