



內部 個案編號：

專用 轉介日期：

一經填寫即屬保密

(計劃向 9-24 歲有情緒需要之兒童及青少年提供服務，按需要發放緊急資助接受私營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。如有查詢，請致電 2679 7557 與計劃社工聯絡。)

(一) 個人資料

申請人姓名：_____ (中)_____ (英) 性別：☐男/ ☐女

身份證號碼：(首 4 位字母及數字)_____ 出生日期：____(年)____(月)____(日) 年齡：____

居住地址：_____

就讀學校：_____ 就讀班級：_____

監護人姓名：_____ 與申請人之關係：_____

聯絡電話：_____ (申請人) _____ (監護人)

曾否成功申請「翼光計劃」：☐ 沒有 ☐ 有曾否成功申請公益金醫療援助基金：☐ 沒有 ☐ 有_____ (機構名稱)曾否接受精神科醫療服務：☐ 沒有 ☐ 有_____ (醫生/診所名稱)現正接受公立醫院精神科門診服務：☐ 沒有 ☐ 有 ☐ 正輪候_____ (預約日期)

(二) 家庭狀況

同住家庭人數(包括申請人)共：_____人

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					

(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	☐ 精神科醫療服務
	☐ 心理治療服務 (臨床心理治療/輔導心理治療/表達藝術治療/藝術治療/音樂治療/遊戲治療)

(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／監護人姓名：_____ 簽署：_____ 日期：_____
(如申請人年齡未滿18歲，需要家長／監護人簽署)

(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)

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)

1.	已填妥本申請表格的資料	
2.	申請人香港出生證明書或香港身份證 副本	
3.	地址證明 副本	
4.	適用於綜援人士及家庭： a. 綜合社會保障援助通知書 及 b. 醫療費用豁免證明書(需列有申請人姓名)。	
5.	適用於符合家庭住戶每月收入中位數的 65% / 80%： a. 家庭收入證明副本 (申請人及同住家人由僱主發出最近 3 個月之糧單，及/或最近 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；或經民政事務局遞交宣誓文件，申報其職位、最近 3 個月每月收入的金額及發放薪酬的方式；或其他有助審批的文件。) b. 家庭資產證明副本 (申請人及同住家人需提供所有銀行戶口最近 3 個月之銀行戶口月結單/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。)	
6.	公立醫院精神科門診預約便條 副本 (如有)	
7.	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，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\$ _____
(申請人 ☐ 正領取綜援 / ☐ 符合家庭住戶每月收入中位數的 * 65% / 80%)

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：_____
服務總監 姓名 ()

附註：