



香港青少年服務處
HONG KONG CHILDREN & YOUTH SERVICES

『賽馬會社工創新力量：愛上自己的旅程』
社工轉介表

對象	<ul style="list-style-type: none">12-14 歲青少年需經社工初步評估，因性行為導致身體或情緒困擾必須是個案社工已知的個案需家長已知悉學生情況及同意才能轉介
計劃時期	2025 年 11 月至 2026 年 3 月
計劃理念	本計劃旨在幫助因過早性行為引致身心受創的青少年提供身心靈療癒，希望在愛自己的旅程中重建健康的自我形象，學會愛錫自己，減少重覆發生性危機。
計劃內容	<ol style="list-style-type: none">3 次免費中醫治療服務8 節表達藝術治療小組3 日 2 夜「愛自己」的旅程活動製作「愛自己」手作工作坊「愛上自己的旅程」嘉許分享會
名額	20 人

(一)參加者資料:

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：_____

聯絡電話：_____ (住宅) _____ (手提電話)

家長姓名：_____ (父) _____ (母)

監護人姓名 (如與上者不同)：_____ 關係：_____

聯絡電話：_____ / _____

參加者的家庭狀況：家庭完整 單親 與親屬同住 宿舍 其他:_____

參加者情況:

曾否與人發生性行為? 是 否 如有,請填寫關係_____ (例如:男朋友)

曾否召開多專業合作會議? 是 否 如有,請填寫 MDCC 年份_____

曾否染上性病? 是 否 不知道 如有,現時是否已康復? 是 否

曾否懷孕或墮胎? 是 否 不知道 如有,請填寫情況_____

曾否因與人發生性行為而影響精神健康或造成心理創傷?

是 否 如有,請填寫情況_____

(二)轉介者資料:

機構名稱: _____

轉介人姓名: _____ 先生/小姐 職銜: _____

聯絡電話: _____ (單位) / _____ (辦公室)

傳真號碼: _____ 電郵地址: _____

轉介原因:

參加者的動機: 高 一般 低

請將填妥後之轉介表電郵到隆亨中心 lhc@hkccys.org.hk 或傳真至 2699 6086, 如有任何查詢,請致電 2606 7644(李倩茵姑娘 Kim Kim)。收到轉介表後,我們將安排合資格的參加者進行面試,預計在 10 月 30 日前,轉介者會收到有關面試安排的通知。

截止日期:17/10/2025

➤ 收集個人資料聲明 :

參加者必須提供表格所需的個人資料,活動完成三個月後,所有收集的資料將全部銷毀。有關個人資料只作是次活動報名、聯絡及統計的用途。是次計劃除賽馬會及承辦機構外,報名過程所收集的個人資料不會交予第三方處理。

_____ (簽署)
轉介社工 姓名(_____)

日期: _____

單位: _____