

入 住 申 請 表

非津助宿位

伸手助人協會專用： 申請編號： _____	申請日期： _____
-----------------------	-------------

1. 申請人資料：

姓名(中文)： _____ 姓名(英文)： _____

性別： _____ 出生日期： _____ 年齡： _____

身份證號碼： _____ () 籍貫： _____ 所操方言： _____

婚姻狀況： _____ 宗教/教會： _____ 教育程度： _____

現居住地址： _____

聯絡電話： _____ (手提) _____ (住宅) _____

健康狀況：

	良好	普通	欠佳
視力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
聽覺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
與人交談	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
失禁	小便 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	大便 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
精神狀況	正常 <input type="checkbox"/>	老年痴呆 <input type="checkbox"/>	情緒病 <input type="checkbox"/>
	精神病 <input type="checkbox"/>	有騷擾他人行為 <input type="checkbox"/>	(請註明 _____)
行動能力	行動自如 <input type="checkbox"/>	用輔助器但能適意行動 <input type="checkbox"/>	
	用輔助器仍行動困難 <input type="checkbox"/>		
	所需輔助器類別 _____		
	不能行動 <input type="checkbox"/>	臥床/癱瘓 <input type="checkbox"/>	不時仆倒 <input type="checkbox"/>

長期病患(如有精神病、傳染病或有其他身體缺陷及需特別護理(如洗腎),請詳細列明):

日常活動能力：	自我照顧	部份依靠別人	完全依靠別人
購物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
煮食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
清潔地方	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
收拾房間	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗澡	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
穿衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
飲食	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗面/洗手	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如廁	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. 申請房間的類別：

房間類別	
四人房	<input type="checkbox"/>
雙人房	<input type="checkbox"/>
(職員填寫) 收費金額：	\$

3. 經濟來源：(請在適當的 內加上“√”)

		金額		金額
高額傷殘津貼 (HDA)	<input type="checkbox"/>	_____	家人／親屬資助	<input type="checkbox"/>
普通傷殘津貼 (DA)	<input type="checkbox"/>	_____	儲蓄	<input type="checkbox"/>
高齡津貼 (OAA)	<input type="checkbox"/>	_____	退休金	<input type="checkbox"/>
其他 (請註明)：_____	<input type="checkbox"/>	_____		

如申請者正接受公共福利金請填寫

所屬之社會保障辦事處： _____

聯絡電話： _____ 個案編號： _____

若由家人／親屬或其他人士或途徑資助，請填寫相關人士之：

姓名／單位： _____ 電話： _____

地址： _____ 電郵： _____

4. 保證人資料：

保證人姓名： _____ 性別： _____ 職業： _____

身份證號碼： _____ 與申請人關係： _____

地址： _____

電話： (手提) _____ (住宅) _____ (公司) _____

5. 申請人之家人或親屬：

姓名	性別	關係	職業	電話	地址及電郵

6. 主要聯絡人：

1)	姓名：		關係：		電話：	
	地址：				電郵：	
2)	姓名：		關係：		電話：	
	地址：				電郵：	

7. 轉介機構（如適用）：

機 構 名 稱： _____
轉介工作人員姓名： _____ 性別：男／女 電話： _____
地址： _____ 電郵： _____

8. 申請人入住理由： _____

- 9. 註：** (1) 根據「個人資料（私隱）條例」，申請人所提供的個人資料只供本會使用。
(2) 申請人確認以上資料（包括個人健康的一切資料）全屬正確，如有任何改變，申請人會即時通知本院辦事處。如提供不實資料，院方可保留拒絕申請／繼續提供服務之權利。

申請人簽署： _____ 日期： _____

保證人簽署： _____ 日期： _____

入院申請表逕寄或傳真往：

伸手助人協會畢尚華神父護老頤養院

新界西貢樟木頭北年華路

查詢電話：2144 9969

傳真號碼：2144 9906