

靈實全護通 TotalCare
長者家居護理及復康服務 – 申請表 Home Care Service Application Form

A. 申請人個人資料 Applicant's Information **檔案編號 Case No.:** _____

姓名 (中文) Name (Chinese) :	(英文) (English) :
性別 Sex:	年齡 Age :
出生日期 Date of birth :	身份證號碼 HKID no. :
住址 Address : _____	
聯絡電話 (住宅) Contact no. (Residential) :	(手提) (Mobile) :
婚姻狀況 Marital Status: <input type="checkbox"/> 未婚 Single <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 離婚 Divorced <input type="checkbox"/> 鰥寡 Widowed	
教育程度 Education: <input type="checkbox"/> 未受教育 Illiterate <input type="checkbox"/> 小學 Primary <input type="checkbox"/> 中學 Secondary <input type="checkbox"/> 大專或以上 Tertiary	
常用語言 Language: <input type="checkbox"/> 廣東話 Cantonese <input type="checkbox"/> 國語 Mandarin <input type="checkbox"/> 英文 English <input type="checkbox"/> 地方語言 Dialect (請列明 Please specify : _____)	
居住狀況 Living Conditions : <input type="checkbox"/> 獨居 Alone <input type="checkbox"/> 與配偶同住 With Spouse <input type="checkbox"/> 與子女同住 With Children <input type="checkbox"/> 與親屬同住 With Relatives <input type="checkbox"/> 與家傭同住 With Domestic Helper <input type="checkbox"/> 與其他人同住 With Other(s) (請註明) (Please Specify) : _____	
宗教 Religion:	籍貫 Native Place:
是否有家傭 Any home helper? <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No	
健康狀況 Health Condition:	
<input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension	<input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes
<input type="checkbox"/> 中風 Stoke	<input type="checkbox"/> 失智症 Dementia
<input type="checkbox"/> 心臟病 Heart Disease	<input type="checkbox"/> 痛風 Gout
<input type="checkbox"/> 癌症 Cancer (請列明 Please specify: _____)	
<input type="checkbox"/> 其他 Others : _____	
期望提供的服務 Type of service requested (請勾選 Please tick)	
<input type="checkbox"/> 整體健康評估 Health Assessment <input type="checkbox"/> 日常起居照顧，包括： <input type="checkbox"/> 服用藥物 Assist Medication <input type="checkbox"/> 梳洗 Grooming <input type="checkbox"/> 餵食 Feeding <input type="checkbox"/> 喉管餵食 Tube Feeding <input type="checkbox"/> 沖涼 Showering <input type="checkbox"/> 協助如廁 Assist Toileting <input type="checkbox"/> 失禁護理 Incontinence Care	<input type="checkbox"/> 改善家居裝置評估 Home Safety Assessment <input type="checkbox"/> 認知評估/訓練 Cognitive Assessment/Training <input type="checkbox"/> 吞嚥評估/訓練 Swallowing Assessment/ Training <input type="checkbox"/> 物理治療 Physiotherapy <input type="checkbox"/> 職業治療 Occupational Therapy <input type="checkbox"/> 防跌訓練 Fall Prevention Training <input type="checkbox"/> 運動訓練 Exercise Training <input type="checkbox"/> 改善自理能力訓練 Activity of Daily Living Training <input type="checkbox"/> 中醫針灸或推拿 Acupuncture or Chinese Massage

<input type="checkbox"/> 陪診 Escorting	其他 Others : _____
<input type="checkbox"/> 傷口處理 Wound Care	

* 只需陪診服務 Escorting Service Needed Only (注意 Note: 護理評估可豁免 Nursing Assessment Not required), 請將以下覆診資料填妥 Please fill up the Particular information for Escorting Service below :

覆診日期 Clinic Visit Date :	到達時間 Arrival Time :
覆診地點 Clinic Location :	
覆診病科 Clinical Subject :	覆診時間 Clinic Visit Time :
輪椅 On Wheelchair : <input type="checkbox"/> 需要 Yes <input type="checkbox"/> 不需要 No	
交通安排 Transportation : <input type="checkbox"/> 的士 Taxi <input type="checkbox"/> 步行 Walking <input type="checkbox"/> 巴士 Bus	
<input type="checkbox"/> 其他 Other(s), 請注明 Please Specify : _____	

B. 保證人 / 資助人及第一聯絡人資料 Guarantor / Sponsor & First Contact Person Information:

姓名 Name: _____ (先生 Mr/女士 Ms/小姐 Miss/太太 Mrs)	
與申請人關係 Relationship with the applicant :	
住址 Address : _____	
聯絡電話 (住宅) Contact no. (Residential) :	(手提) (Mobile) :
電郵 Email address :	

C. 第二聯絡人資料 Second Contact Person Information:

姓名 Name: _____ (先生 Mr/女士 Ms/小姐 Miss/太太 Mrs)	
與申請人關係 Relationship with the applicant :	
住址 Address : _____	
聯絡電話 (住宅) Contact no. (Residential) :	(手提) (Mobile) :
電郵 Email address :	

D. 如何得知本服務 How do you learn about this service

- 曾使用靈實服務 (Used HOHCS Services) 朋友介紹 (Friends) 海報 (Poster)
- 網頁 (Websites) 單張 (Leaflet) 報紙 (Newspaper) 雜誌 (Magazine)

- 港鐵 (MTR) 巴士車身 (Bus) 電車站 (Tram Shelter) 復康巴 (Rehab. Van)
- 靈實員工介紹 (Referrals-HOHCS) 其它機構轉介 (Referrals-Institutional)
- 其他 (請說明) Other (Please Specify) : _____

E. 個人私隱條例 Personal Data (Privacy) Ordinance

- 本人同意基督教靈實協會及其服務單位聯絡本人進行服務資訊及推廣，包括服務介紹及宣傳。

I **agree** to be contacted by Haven of Hope Christian Service and its service unit(s) for direct marketing purposes relating to promotional activities (including introducing, informing and publicizing our service)

- 本人不同意基督教靈實協會及其服務單位聯絡本人進行服務資訊及推廣，包括服務介紹及宣傳。

I **disagree** to be contacted by Haven of Hope Christian Service and its service unit(s) for direct marketing purposes relating to promotional activities (including introducing, informing and publicizing our service)

(本人明白剔選此方格，則本人的姓名、地址及其他個人資料將從基督教靈實協會及其服務單位的會員通訊名單上移除。

(I understand that if this box is checked, then my name, address and other personal data will be removed from the database of Haven of Hope Christian Service and its service unit(s) in relation to such purposes.)

F. 申請人／聯絡人／資助人須知 Notes for Applicant / Guarantor / Sponsor :

- 請將填妥之申請表傳真 (傳真號碼：2177 0951) 或郵寄 (地址：香港筲箕灣阿公岩道 25 號明華大廈 A 座地下低層 B 室 靈實全護通收) 或以電郵方式 (tc_cs@totalcare.org.hk) 遞交。如有任何查詢，請致電 2663 3001。
- 靈實全護通會安排家訪，為長者進行評估，以決定長者需要的家居服務。**費用需於評估前繳交。**

付款方法 :-

- 可直接存入「基督教靈實協會」戶口：匯豐銀行「808-606537-001」。入數後請傳真收據至 [2177 0951](tel:21770951) 或以電郵至 tc_cs@totalcare.org.hk，請註明服務使用者姓名及聯絡人電話。
 - 劃線支票，支票抬頭人寫上「基督教靈實協會」，並於支票背頁寫上服務使用者姓名及聯絡人電話。
- Please fax the completed application form to the Haven of Hope - TotalCare at 2177 0951 OR mail to Room B, LG/F, Block A, Ming Wah Dai Ha, 25 A Kung Ngam Road, Shau Kei Wan, HK, OR email to tc_cs@totalcare.org.hk, Should you have any enquiries, please contact 2663 3001.
 - Home visit and assessment will be arranged by TotalCare to tailor make home care service for the applicant. The assessment fee **should be paid before the assessment.**

Payment :

- To 「Haven of Hope Christian Service」 (HSBC account no: 808-606537-001). Please fax the bank-in slip to Haven of Hope – TotalCare at 2177 0951 OR email to tc_cs@totalcare.org.hk, please mark the name (applicant) and contact telephone number.
- A crossed cheque marked payable to 「Haven of Hope Christian Service」. Please write down the name (applicant) and contact telephone number at the back of the cheque.

申請人／保證人簽署 **Guarantor/Applicant Signature** : _____

日期 **Date** : _____

職員專用(For Internal Use Only)

申請表接收日期 Application Receiving Date : _____

預約上門評估日期 Reserved Home Assessment Date : _____ 時間 Time : _____