

靈實日間暫托及復康服務申請表

HKEDE02

A. 申請人資料

姓名：(中文) _____ (英文) _____

性別： 男 / 女 出生日期：_____ 身份證號碼：_____

年齡：_____ 籍貫：_____ 宗教：_____

聯絡電話：_____ 常用語言： 廣東話 國語 其他：_____

住址：_____

居住狀況： 與配偶同住 與家人同住 與家傭同住 獨居 其他：_____

教育程度： 未受教育 小學 中學 預科 大專或以上

婚姻狀況： 未婚 已婚 離婚 鰥寡 是否有家傭： 是 / 否

B. 期望提供的服務

每星期需要服務日數： 每星期需要_____天 逢星期：_____

每日需要服務時段： 全日 上午 / 下午 特別時間：_____

整體健康評估 復康評估 日間護理 沖涼

物理治療 職業治療 認知評估 / 訓練 吞嚥評估 / 訓練

C. 申請人身體情況

自理能力：	活動能力： <input type="checkbox"/> 行動自如 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 輪椅
	禁制能力(小便 / 大便)： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶爾失禁 <input type="checkbox"/> 完全失卻禁制能力
	進食情況： <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 需協助
	需特別餐： <input type="checkbox"/> 糖尿餐 <input type="checkbox"/> 低普林餐 <input type="checkbox"/> 碎餐 <input type="checkbox"/> 糊餐
健康狀況：	認知障礙： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度認知障礙 <input type="checkbox"/> 其他：_____
主要病歷：	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 股骨骨折 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 柏金遜症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病

D. 第一聯絡人資料

姓名：_____（先生 / 女士 / 小姐 / 太太）關係：_____

緊急聯絡電話：_____ 住宅電話：_____ 傳真號碼：_____

住址：_____

電郵：_____ 是否同住： 是 否

靈實職員： 是 否 職員編號：_____

E. 第二聯絡人資料（如適用）

姓名：_____（先生 / 女士 / 小姐 / 太太）關係：_____

手提電話：_____ 住宅電話：_____ 傳真號碼：_____

住址：_____

電郵：_____ 是否同住： 是 否

靈實職員： 是 否 職員編號：_____

F. 申請服務原因

- 希望長者結交朋友 希望長者參加社交活動 家人上班 家人外遊 接受訓練
 家人需要休息 紓緩壓力 其他，請註明：_____

G. 如何得知本服務

- 曾使用靈實服務 朋友介紹 海報 網頁 單張 報紙 雜誌 港鐵
 巴士車身 電車站 靈實員工介紹 其他（請說明）：_____

H. 個人私隱條例：

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。

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. 細則及條款

1. 申請者需繳交評估費，請於評估前繳交有關費用。

2. 繳費方法：

2.1 銀行轉帳：客戶可於銀行或櫃員機直接將所需款項存入基督教靈實協會賬戶內，香港匯豐銀行戶口號碼為 808-606537-001。存款後請保留收據，並傳真至 2177 0951，以作繳費證明。

2.2 支票：支票抬頭請寫上「基督教靈實協會」或 Haven of Hope Christian Service，並於支票背面寫上客戶姓名。

申請人 / 保證人 簽署：_____

日期：_____

職員專用：

接收申請表日期：_____

驗身證明： 有 無需

接受申請：是 / 否：_____

開始服務日期：_____

服務種類： SF / CCSV / FUNDING

負責職員簽名署：_____