

## 高錕慈善基金-資助日間/夜間中心記憶護理服務 申請須知

本計劃希望透過「高錕慈善基金有限公司」的資助幫助認知障礙症患者在輪候公營服務期間使用日間/夜間中心記憶護理服務，以舒緩照顧者的壓力。

接受此項服務的長者必須符合以下條件：

1. 年滿 55 歲或以上
2. 認知障礙症患者 (初期或中度患者)
3. 綜援個案或低收入家庭
4. 公屋或舊式私人樓宇住戶 (獨居長者或雙老同住之長者優先)
5. 沒有聘請家傭
6. 正輪候政府資助社區照顧服務及 / 或住宿照顧服務，及非長者社區照顧服務券持有人 (如適用)
7. 申請者可由長者地區中心、長者鄰舍中心、長者活動中心、綜合家庭服務中心、醫務社工轉介或直接聯絡「靈實全護通」。

符合以上資格的申請者，需由「靈實全護通」作出專業評估，確定申請者適合接受日間/夜間中心記憶護理服務。而每位使用「高錕慈善基金」的個案津助上限為五千元，申請人對基金的審批過程及安排不得異議。

### 索取及遞交申請表

申請人在填寫申請表(F202) 後，把填妥之申請表使用郵寄或傳真方式交予本中心:

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」
傳 真:	2177 0951
查詢熱線:	2663 3001

名額有限，所有申請需經由「靈實全護通」審批，審批後將以書面或電話聯絡成功申請者或其家屬，所有結果，申請人不得異議。「靈實全護通」保留絕對權利修改上述章則，並不另行通知。



高錕慈善基金-資助日間/夜間中心記憶護理服務  
申請表

F202

A. 申請人個人資料

檔案編號: \_\_\_\_\_

姓名 (中文)		(英文)	
性別:		年齡:	
出生日期:		身份證號碼:	
住址 _____			
住宅類別: <input type="checkbox"/> 公屋 <input type="checkbox"/> 居屋 <input type="checkbox"/> 私人樓宇 <input type="checkbox"/> 其它(請註明): _____			
聯絡電話 (住宅)		(手提)	
婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡			
教育程度: <input type="checkbox"/> 未受教育 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 大專或以上			
常用語言: <input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 地方語言 (請列明:_____)			
居住狀況: <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與配偶同住 <input type="checkbox"/> 與子女同住 <input type="checkbox"/> 與親屬同住 <input type="checkbox"/> 與朋友同住 <input type="checkbox"/> 與其他人同住(請註明): _____			
收入來源: <input type="checkbox"/> 綜援 <input type="checkbox"/> 普通/高額傷殘津貼 <input type="checkbox"/> 普通/高額高齡津貼 <input type="checkbox"/> 儲蓄 <input type="checkbox"/> 子女/親屬供養 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 工作收入 <input type="checkbox"/> 其他: _____			
子女數目:		工作子女的職業:	
宗教:		籍貫:	是否有家傭 <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否
健康狀況:			
<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 痛風	
<input type="checkbox"/> 中風	<input type="checkbox"/> 認知障礙症	<input type="checkbox"/> 帕金森	
<input type="checkbox"/> 心臟病	<input type="checkbox"/> 癌症(請列明:_____)		
<input type="checkbox"/> 其他: _____ _____			
輪候政府資助的社區支援服務(請註明): _____ _____			



期望提供的服務 (請勾選)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 整體健康評估<br><input type="checkbox"/> 日常起居照顧，包括：<br><input type="checkbox"/> 服用藥物<br><input type="checkbox"/> 梳洗<br><input type="checkbox"/> 餵食<br><input type="checkbox"/> 喉管餵食<br><input type="checkbox"/> 沖涼<br><input type="checkbox"/> 協助如廁<br><input type="checkbox"/> 失禁護理<br><input type="checkbox"/> 陪診<br><input type="checkbox"/> 傷口處理<br><input type="checkbox"/> 夜間護理照顧 | <input type="checkbox"/> 認知評估/訓練<br><input type="checkbox"/> 吞嚥評估/訓練<br><input type="checkbox"/> 物理治療<br><input type="checkbox"/> 職業治療<br><input type="checkbox"/> 防跌訓練<br><input type="checkbox"/> 運動訓練<br><input type="checkbox"/> 改善自理能力訓練<br><input type="checkbox"/> 中醫針灸或推拿<br><br>其他: _____ |
|--|--|

**B. 第一聯絡人資料:**

姓名		(先生/女士/小姐/太太)
與申請人關係:		
住址		
聯絡電話 (住宅)		(手提)
電郵:		

**C. 第二聯絡人資料:**

姓名		(先生/女士/小姐/太太)
與申請人關係:		
住址		
聯絡電話 (住宅)		(手提)
電郵:		

**D. 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): \_\_\_\_\_

### E. 轉介機構資料:

機構名稱：\_\_\_\_\_ 主管姓名：\_\_\_\_\_

電話號碼：\_\_\_\_\_ 傳真號碼：\_\_\_\_\_

轉介社工：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

電郵：\_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_\_\_\_

### F. 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。  
(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。)

### 備註：

申請人於接受高錕慈善基金服務後，可能被安排接受「高錕慈善基金有限公司」職員及基督教靈實協會傳訊及籌募部訪問。

### 遞交前覆核清單：

申請人需連同轉介表格及下列證明文件之**副本**一併交回：

- 身份證
- 認知障礙症的確診資料或評估報告
- 輪候政府資助的社區支援服務相關表格
- 最近三個月的住址證明
- 綜援證明文件 (如適用)

申請人/家屬簽署：\_\_\_\_\_

日 期：\_\_\_\_\_

【由「靈實全護通」內部填寫】收件日期：\_\_\_\_\_

高錕慈善基金編號： **SDE** \_\_\_\_\_ 靈實全護通個案編號：\_\_\_\_\_

審核職員：\_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

批核同工(護理)：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

批核同工(行政)：\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

審批結果：成功 不成功(請註明)：\_\_\_\_\_ 通知日期：\_\_\_\_\_

上門評估日期：\_\_\_\_\_ 時間：\_\_\_\_\_