



### 會員申請表格

有意申請成為會員者，請填妥下列表格，連同會費寄回：

九龍東頭邨振東樓東翼地下 香港唐氏綜合症協會收（請在信封面註明「會員申請」）

請以支票形式繳交會員費，抬頭請寫「香港唐氏綜合症協會」；如有查詢，歡迎致電 2718 7778 與本會職員聯絡。

#### 會員資格：

甲、年滿十八歲並同時具備下列其中一項資格：

- 唐氏綜合症人士的家長 / 家屬，或
- 致力改善唐氏綜合症人士及其家人生活質素之志願人士。

乙、對本會服務有興趣、並樂於支持的團體或機構可成為機構會員。

#### 會員類別：

1.  新會員：
  - 普通會員 每年港幣伍拾圓正（於每年四月續會）
  - 永久會員 港幣伍佰圓正
  - 機構會員 每年港幣貳佰圓正（於每年四月續會）
2.  續會：（會員編號：\_\_\_\_\_）

#### 甲、個人申請資料：

姓名：(中文) \_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_  
出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 身份證號碼：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_  
國籍：\_\_\_\_\_ 語言：廣東話 英語 普通話 其他：\_\_\_\_\_  
聯絡地址：\_\_\_\_\_  
電話：(住宅) \_\_\_\_\_ (手提) \_\_\_\_\_  
電子郵箱：\_\_\_\_\_ 職業：\_\_\_\_\_  
學歷：小學或以下 中學 大學或以上 其他：\_\_\_\_\_

如有唐氏綜合症子女的家長 / 家屬，請填以下資料：

子女姓名：(中文) \_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_  
出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 身份證 / 出生證明書號碼：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_  
國籍：\_\_\_\_\_ 語言：廣東話 英語 普通話 其他：\_\_\_\_\_  
與申請人之關係：\_\_\_\_\_ 就讀學校 / 就業機構之名稱：\_\_\_\_\_  
智能：正常 輕度 中度 嚴重 未評估

\* 本人  願意 /  不願意 家長分區網絡代表接觸本人作關懷探訪或活動推介。

#### 乙、機構申請資料：

機構名稱：(中文) \_\_\_\_\_ (英文) \_\_\_\_\_  
機構性質：教育 社會福利 商業 宗教 其它：(請註明) \_\_\_\_\_  
地址：\_\_\_\_\_  
電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_ 電郵地址：\_\_\_\_\_  
聯絡人姓名：\_\_\_\_\_ 職位：\_\_\_\_\_

\* 本人  願意 /  不願意提供上述資料作為日後 貴會與本人 / 機構聯絡之用。

申請人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_  
機構負責人姓名 (如適用)：: \_\_\_\_\_ 蓋印 (如適用)：\_\_\_\_\_

#### 辦事處專用

接獲申請日期：\_\_\_\_\_ 協會會員編號：\_\_\_\_\_  
支票號碼：\_\_\_\_\_ 收據編號：\_\_\_\_\_

香港唐氏綜合症協會

香港九龍東頭邨振東樓 1 號地下

電話：(852) 27187778

傳真號碼：(852) 27180811

會員姓名：\_\_\_\_\_

會員編號：\_\_\_\_\_

唐氏綜合症人士個人資料：

主要殘疾	<input type="checkbox"/> 唐氏綜合症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 身體殘障	<input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 學習遲緩	
兼有其他弱能情況 (可選多項)	<input type="checkbox"/> (0) 沒有 <input type="checkbox"/> (3) 精神病 <input type="checkbox"/> (6) 失聰 <input type="checkbox"/> (9) 肢體傷殘	<input type="checkbox"/> (1) 癲癇症 <input type="checkbox"/> (4) 失明 <input type="checkbox"/> (7) 弱聽 <input type="checkbox"/> (10) 其他, 請註明: <input type="checkbox"/> (2) 自閉症 <input type="checkbox"/> (5) 弱視 <input type="checkbox"/> (8) 大腦性麻痺	
智障程度	<input type="checkbox"/> (1)有限智商 (IQ 70-79) <input type="checkbox"/> (2)輕度 (IQ:50-69) <input type="checkbox"/> (3)中度 (IQ:35-49) <input type="checkbox"/> (4)嚴重 (IQ:20-34) <input type="checkbox"/> (5)重度 (IQ : 20 以下) <input type="checkbox"/> (6)未做評估 <input type="checkbox"/> (7)正等待評估報告 <input type="checkbox"/> (8)不知道 <input type="checkbox"/> (9)不記得		
教育程度 (可選擇多項)	<input type="checkbox"/> (1) 從未接受教育 <input type="checkbox"/> (2) 特殊學校 <input type="checkbox"/> (3) 主流小學 <input type="checkbox"/> (4) 主流中學 <input type="checkbox"/> (5) 不清楚 學校名稱: _____ 年級: _____		
主要居所	<input type="checkbox"/> (1)在家居住 <input type="checkbox"/> (3)輔助宿舍 <input type="checkbox"/> (5)嚴重弱智人士宿舍 <input type="checkbox"/> (7)小型家舍 請註明院舍名稱: _____		<input type="checkbox"/> (2)綜合職業訓練中心-住宿 (匡智松嶺綜合職業訓練中心) <input type="checkbox"/> (4)中度弱智人士宿舍 <input type="checkbox"/> (6)嚴重殘疾人士護理院 <input type="checkbox"/> (8)私人院舍

現正接受哪種職業復康服務 (如適用)	<input type="checkbox"/> (0)沒有 <input type="checkbox"/> (2)庇護工場 <input type="checkbox"/> (4)綜合職業康復服務中心 <input type="checkbox"/> (6)殘疾人士在職培訓計劃 <input type="checkbox"/> (8)職業康復延展計劃 <input type="checkbox"/> (10)公開就業, 請註明工作性質: <input type="checkbox"/> (1)展能中心 <input type="checkbox"/> (3)輔助就業 <input type="checkbox"/> (5)綜合職業訓練中心 - 日間(分別是香港明愛樂務綜合職業訓練中心及匡智松嶺綜合職業訓練中心) <input type="checkbox"/> (7)「陽光路上」培訓計劃 <input type="checkbox"/> (9)技能訓練中心 (分別位於屯門,觀塘,薄扶林)												
現正接受社區支援服務 (可選多項)	<input type="checkbox"/> (0)沒有 <input type="checkbox"/> (2)殘疾人士社交及康樂中心 <input type="checkbox"/> (4)殘疾人士地區支援中心 <input type="checkbox"/> (6)殘疾人士自助組織 <input type="checkbox"/> (8)緊急安置服務 <input type="checkbox"/> (10)殘疾幼兒日間暫託服務 <input type="checkbox"/> (12)其他, 請註明: <input type="checkbox"/> (1)家居訓練及支援服務 <input type="checkbox"/> (3)殘疾人士家長／親屬資源中心 <input type="checkbox"/> (5)健樂會 <input type="checkbox"/> (7)住宿暫顧服務 <input type="checkbox"/> (9)收容所 <input type="checkbox"/> (11)日間物理,職業,言語治療服務												
如正在接受社區支援服務, 請註明服務單位名稱	服務單位名稱:												
如有需要時, 會主要使用那種醫療服務:	<input type="checkbox"/> (1)私家診所 <input type="checkbox"/> (2)公立普通科門診診所 <input type="checkbox"/> (3)公立醫院急症室 <input type="checkbox"/> (4)其他, 請註明:												
定期覆診之專科門診／家庭醫生	<input checked="" type="checkbox"/> 沒有 <input checked="" type="checkbox"/> 有, 請註明:												
需否長期服藥	<input checked="" type="checkbox"/> 不需要 <input checked="" type="checkbox"/> 需要, 請註明:												
其他情緒及行為問題													
其他特別需要關顧事項(如進食、喜好等)													
申請人認為智障子女有什麼發展需要: (在 <input type="checkbox"/> 內用 1-5 排列你認為最需要的項目, 1 為最需要, 如此類推, 最多請選 5 項)	<table border="0"> <tr> <td><input type="text"/> 加強言語表達能力</td> <td><input type="text"/> 鍛鍊良好體魄</td> <td><input type="text"/> 學習自我照顧技能</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 發展興趣</td> <td><input type="text"/> 學習使用社區設施</td> <td><input type="text"/> 學習處理自己的情緒</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> 加強認知能力</td> <td><input type="text"/> 學習服務他人</td> <td><input type="text"/> 學習與人相處及溝通 (包括家人及朋輩)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="text"/> 其他, 請註明:</td> </tr> </table>	<input type="text"/> 加強言語表達能力	<input type="text"/> 鍛鍊良好體魄	<input type="text"/> 學習自我照顧技能	<input type="text"/> 發展興趣	<input type="text"/> 學習使用社區設施	<input type="text"/> 學習處理自己的情緒	<input type="text"/> 加強認知能力	<input type="text"/> 學習服務他人	<input type="text"/> 學習與人相處及溝通 (包括家人及朋輩)	<input type="text"/> 其他, 請註明:		
<input type="text"/> 加強言語表達能力	<input type="text"/> 鍛鍊良好體魄	<input type="text"/> 學習自我照顧技能											
<input type="text"/> 發展興趣	<input type="text"/> 學習使用社區設施	<input type="text"/> 學習處理自己的情緒											
<input type="text"/> 加強認知能力	<input type="text"/> 學習服務他人	<input type="text"/> 學習與人相處及溝通 (包括家人及朋輩)											
<input type="text"/> 其他, 請註明:													
備註													





教育程度	<input type="checkbox"/> 未受過教育 <input type="checkbox"/> 小六或以下 <input type="checkbox"/> 中學程度 <input type="checkbox"/> 其他, 請註明: <input type="checkbox"/> 大專程度或以上
------	--

子女狀況	子女數目: <input type="text"/> 位      每位子女年齡: <input type="text"/> 智障子女的數目: <input type="text"/> 位 智障子女排行第 <input type="text"/> 位
------	--

家庭遇到的整體困難 (請在格內用 1-5 排列先後次序, 1 為最困難, 如此類推, 最多可選 5 項)

	<input type="text"/> 智障子女的健康及醫療問題 <input type="text"/> 智障子女的教育問題 <input type="text"/> 智障子女的社交問題 <input type="text"/> 智障子女未來的出路 <input type="text"/> 智障子女與其他子女的相處問題 <input type="text"/> 社區人士對智障孩子的接納問題 <input type="text"/> 智障孩子與父母相處的問題 <input type="text"/> 管教智障子女問題 <input type="text"/> 家庭經濟問題 <input type="text"/> 與配偶在照顧或管教子女方法上不協調所產生的問題 <input type="text"/> 與配偶之婚姻問題 <input type="text"/> 智障子女的情緒及行為問題 請註明: <input type="text"/> 其他, 請註明:
--	--

申請人是否願意接受本會的家長或社工以電話慰問或家訪的形式來進一步瞭解您們的近況及服務需要?	<input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意
---	--

申請人是否願意接受本會的家長委員會聯絡人接觸作關懷探訪或活動推介	<input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意
----------------------------------	--

申請人是否同意子女的真像和聲音刊登在本會通訊或被作公開用途	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意
-------------------------------	--

本人自願提供上述個人資料作為日後協會與本人聯絡及申請服務之用。我明白我有查詢個人資料的權利和修正個人資料的義務。本會將根據附頁的意願, 為閣下的個人資料保密。

簽 署 : \_\_\_\_\_ 日期 : \_\_\_\_\_