

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。支票抬頭請寫「香港唐氏綜合症協會」；如有查詢/或資料更改，歡迎致電 2718 7778。

會員資格：

弱能人士或弱能人士的家長 / 家屬 (未滿十八歲之弱能人士須由監護人代為辦理入會手續)

會員收費：

每年港幣二十二元(於每年四月一日續會)

【辦事處專用】

收據號碼：\_\_\_\_\_

中心會員號碼：\_\_\_\_\_

弱能人士個人資料：

英文姓名	
中文姓名	
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 (請選擇一項)
身高	米
體重	公斤
身份證/出生證明書號碼	
嗜好/專長	
國籍	<input type="checkbox"/> 中國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍，請註明:
所用語言	
出生日期	
電話號碼	

區域	----香港區----		----新界東----	
	<input type="checkbox"/> 離島	<input type="checkbox"/> 中西區	<input type="checkbox"/> 北區	<input type="checkbox"/> 大埔
	<input type="checkbox"/> 南區	<input type="checkbox"/> 東區	<input type="checkbox"/> 沙田	
	<input type="checkbox"/> 灣仔區		----新界西----	
	----九龍東----		<input type="checkbox"/> 屯門	<input type="checkbox"/> 元朗
	<input type="checkbox"/> 九龍城	<input type="checkbox"/> 觀塘	----其他----	
	<input type="checkbox"/> 黃大仙	<input type="checkbox"/> 西貢	<input type="checkbox"/> 中國家庭	<input type="checkbox"/> 外國家庭
	----九龍西----		<input type="checkbox"/> 居港外籍家庭	
	<input type="checkbox"/> 旺角	<input type="checkbox"/> 深水埗		
	<input type="checkbox"/> 油麻地	<input type="checkbox"/> 荃灣		
	<input type="checkbox"/> 葵青			

主要殘疾	<input type="checkbox"/> 唐氏綜合症 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 學習遲緩 <input type="checkbox"/> 身體殘障
兼有其他弱能情況 (可選多項)	<input type="checkbox"/> (0) 沒有 <input type="checkbox"/> (1) 癲癇症 <input type="checkbox"/> (2) 自閉症 <input type="checkbox"/> (3) 精神病 <input type="checkbox"/> (4) 失明 <input type="checkbox"/> (5) 弱視 <input type="checkbox"/> (6) 失聰 <input type="checkbox"/> (7) 弱聽 <input type="checkbox"/> (8) 大腦性麻痺 <input type="checkbox"/> (9) 肢體傷殘 <input type="checkbox"/> (10) 其他, 請註明:
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"/> (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"/> (3)輔助宿舍 <input type="checkbox"/> (4)中度弱智人士宿舍 <input type="checkbox"/> (5)嚴重弱智人士宿舍 <input type="checkbox"/> (6)嚴重殘疾人士護理院 <input type="checkbox"/> (7)小型家舍 <input type="checkbox"/> (8)私人院舍 請註明院舍名稱: _____
現正接受哪種職業復康服務 (如適用)	<input type="checkbox"/> (0)沒有 <input type="checkbox"/> (1)展能中心 <input type="checkbox"/> (2)庇護工場 <input type="checkbox"/> (3)輔助就業 <input type="checkbox"/> (4)綜合職業康復服務中心 <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)



家長/監護人資料	
英文姓名	
中文姓名	
性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 (請選擇一項)
身份證/出生證明書號碼	
出生日期	
職業	
與智障會員關係	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 姊妹 <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 社工 <input type="checkbox"/> 其他, 請註明:
國籍	
所用語言	
聯絡地址	
聯絡電話(家)	
聯絡電話(手提電話)	
電郵地址	
家庭總收入	<input type="checkbox"/> \$ 4,999 或以下 <input type="checkbox"/> \$ 5,000—9,999 <input type="checkbox"/> \$ 10,000—14,999 <input type="checkbox"/> \$ 15,000—19,999 <input type="checkbox"/> \$ 20,000—24,999 <input type="checkbox"/> \$ 25,000—29,999 <input type="checkbox"/> \$ 30,000—34,999 <input type="checkbox"/> \$ 35,000—39,999 <input type="checkbox"/> \$ 40,000—44,999 <input type="checkbox"/> \$ 45,000 或以上 <input type="checkbox"/> 綜援家庭
家庭成員總人數	<input type="checkbox"/> 2 人 <input type="checkbox"/> 3 人 <input type="checkbox"/> 4 人 <input type="checkbox"/> 5 人 <input type="checkbox"/> 6 人或以上
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 其他, 請註明:

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	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="radio"/> 願意 <input type="radio"/> 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="radio"/> 願意 <input type="radio"/> 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="radio"/> 同意 <input type="radio"/> 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：\_\_\_\_\_