

香港唐氏綜合症協會
唐氏綜合症／智障人士
勤懇樂業在盛年 健康積極享晚年 計劃

服務申請表

Official Use Only

Receive Date: _____

In Data Date: _____

Interview Date: _____

Case No.: _____

服務對象

- a. 18 歲或以上之唐氏綜合症及／或輕度至中度智障人士，及
- b. 未有接受日間訓練服務或較年長者，或
- c. 在職人士

填寫指引

- a. 由轉介社工填寫 1-6 項
- b. 申請人只須填寫 1 及 5 項
- c. 如不確定資料請留白，工作員會跟進。
- d. 有「*」位置必須填寫

1. 服務使用者資料

| | |
|--|---|
| 姓名：(中文)* _____ | (英文)* _____ |
| 出生日期：* ____年__月__日 | 身份證號碼：_____ () 性別：_____ |
| 國籍：_____ | 語言： <input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 普通話 <input type="checkbox"/> 其他：_____ |
| 現居地址：* _____ | |
| 電話：*(住址) _____ | (手提) _____ |
| 電郵：_____ | |
| 學歷： <input type="checkbox"/> 未接受教育 <input type="checkbox"/> 特殊學校 <input type="checkbox"/> 主流小學 <input type="checkbox"/> 主流中學 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |
| 現正接受的服務： | |
| <input type="checkbox"/> 沒有 | |
| <input type="checkbox"/> 職業復康服務(如有請列明)：_____ | |
| <input type="checkbox"/> 社區支援服務(如有請列明)：_____ | |

2. 健康狀況

| |
|---|
| a. 主要殘疾： <input type="checkbox"/> 唐氏綜合症 <input type="checkbox"/> 智障：輕度／中度／嚴重／不知道 |
| b. 其他殘疾情況(可選多項)： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 癲癇症 <input type="checkbox"/> 失明／弱視 <input type="checkbox"/> 失聰／弱聽 <input type="checkbox"/> 大腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 學習遲緩 <input type="checkbox"/> 肢體殘障，請註明：_____ |
| <input type="checkbox"/> 其他，請列明：_____ |
| c. 其他精神方面的疾病(可選多項)： <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 抑鬱症 <input type="checkbox"/> 焦慮症 <input type="checkbox"/> 腦退化症 <input type="checkbox"/> 精神分裂症 <input type="checkbox"/> 躁鬱症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 過度活躍症 |
| <input type="checkbox"/> 其他，請列明：_____ |

3. 行為及情緒情況

| |
|---|
| 挑戰性行為（在過去一年內出現） <input type="checkbox"/> 攻擊及破壞行為 <input type="checkbox"/> 自我傷害行為 <input type="checkbox"/> 刻板及自我刺激行為 <input type="checkbox"/> 其他挑戰性行為 <input type="checkbox"/> 其他，請列明：_____ |
| 情緒狀況（在過去三個月內，持續三天出現） <input type="checkbox"/> 情緒緊張 <input type="checkbox"/> 情緒低落 <input type="checkbox"/> 情緒失控 如何處理情緒，請列明：_____ |

4. 工作／日間服務狀況

| | |
|--|----------|
| a. 你現在是否有工作／日間服務？ <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 | |
| b. 訓練／工作時間為 | |
| 星期一至 | 星期五至 |
| 星期二至 | 星期六至 |
| 星期三至 | 星期日至 |
| 星期四至 | 其他：_____ |

5. 家長／監護人資料

| | |
|---|--|
| 姓名：(中文)* _____ | (英文)* _____ |
| 出生日期：____年____月____日 | 身份證號碼：*_____() |
| 國籍：_____ | 與服務使用者關係：_____ |
| 語言： <input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 普通話 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |
| 電話：(住址) _____ | (手提)* _____ |
| 電郵地址：_____ | 職業：_____ |
| 聯絡地址：_____ | |
| 學歷： <input type="checkbox"/> 未曾接受教育 <input type="checkbox"/> 特殊學校 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 大專 / 其他：_____ | |
| 婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |
| 同住家庭成員總人數： <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 | |
| 子女狀況：子女數目共____位 申請服務之子女排行第____位 | |
| 家長遇到的整體困難： <input type="checkbox"/> 子女的健康及醫療問題 <input type="checkbox"/> 子女的行為及情緒問題 <input type="checkbox"/> 子女的社交及人際關係問題 <input type="checkbox"/> 子女的就業及工作技能問題 <input type="checkbox"/> 子女的社區生活技能問題 <input type="checkbox"/> 其他（請列明）：_____ | |
| 申請人是否願意接受本會的職員及義工以電話關懷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 |
| 申請人是否同意子女的真像和聲音刊登在本會通訊或被作服務宣傳？ | <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。 | |
| 簽署：_____ | 日期：_____ |

6. 轉介機構資料（如適用）

| | | | |
|---|----------|------------|--|
| 機構名稱：_____ | | | |
| 機構性質： <input type="checkbox"/> 教育 <input type="checkbox"/> 社會福利 <input type="checkbox"/> 商業 <input type="checkbox"/> 宗教 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | |
| 申請人姓名：_____ | | 職位：_____ | |
| 電話：_____ | 傳真：_____ | 電郵：_____ | |
| 地址：_____ | | | |
| * 本人現確定以上之轉介申請已獲服務使用者之同意。 | | | |
| 機構申請人簽署：_____ | | 日期：_____ | |
| 機構負責人姓名（如適用）：_____ | | 機構蓋印：_____ | |

~ 完 ~