

香港唐氏綜合症協會 白普理家長資源中心會員申請表格

有意申請成為會員者，請填妥下列表格，連同會費交回九龍東頭邨振東樓東翼地下。

如以郵寄方式遞交，請於支票抬頭填寫「香港唐氏綜合症協會」，並連同殘疾人士證明文件副本寄到中心。

如有查詢／或資料更改，歡迎致電 2718 7778。

會員資格：

殘疾人士或其家長／家屬（未滿十八歲之殘疾人士須由監護人代為辦理入會手續）

會員收費：

每年港幣 21 元（於每年 4 月 1 日續會）

【辦事處專用】（已核對殘疾證明： 是 否，原因：_____）

收據號碼：_____

中心會員號碼：_____

殘疾人士個人資料：

英文姓名	
中文姓名	
性別	
出生日期	
電話號碼	
主要殘疾（只選一項）	<input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 肢體傷殘 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 精神復康 <input type="checkbox"/> 專注力不足／過度活躍症 <input type="checkbox"/> 特別學習困難 <input type="checkbox"/> 其他：請註明_____
兼有其他殘疾情況（可選多項）	<input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 肢體傷殘 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 精神復康 <input type="checkbox"/> 專注力不足／過度活躍症 <input type="checkbox"/> 特別學習困難 <input type="checkbox"/> 其他：請註明_____
智力程度	<input type="checkbox"/> 有限智能 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 未做評估 <input type="checkbox"/> 正等待評估報告 <input type="checkbox"/> 智力正常
教育程度（可選擇多項）	<input type="checkbox"/> 從未接受教育 <input type="checkbox"/> 學前康復服務 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 特殊學校(小學) <input type="checkbox"/> 特殊學校(中學) <input type="checkbox"/> 主流小學 <input type="checkbox"/> 主流中學 <input type="checkbox"/> 大專或以上
現正接受哪種職業復康服務 （如適用）	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 展能中心 <input type="checkbox"/> 綜合職業康復服務中心 <input type="checkbox"/> 綜合職業訓練中心 - 日間服務 <input type="checkbox"/> 殘疾人士輔助就業培訓 <input type="checkbox"/> 公開就業 培訓／工作性質：



現正接受社區支援服務 (可選多項)		<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 殘疾人士社交及康樂中心 <input type="checkbox"/> 殘疾人士地區支援中心 <input type="checkbox"/> 殘疾人士自助組織 <input type="checkbox"/> 綜合社區康復中心 服務單位名稱:		<input type="checkbox"/> 日間社區康復中心 <input type="checkbox"/> 家長／親屬資源中心 <input type="checkbox"/> 嚴重殘疾人士日間照顧服務 <input type="checkbox"/> 嚴重殘疾人士家居照顧服務 <input type="checkbox"/> 其他, 請註明:	
其他情緒及行為問題					
家長／監護人資料					
中文姓名		英文姓名			
性別		出生年份			
職業		與殘疾人士關係			
聯絡地址					
聯絡電話(家)		聯絡電話(手提電話)			
電郵地址					
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"/> 從未接受教育 <input type="checkbox"/> 小六或以下 <input type="checkbox"/> 中學程度 <input type="checkbox"/> 大專程度或以上 <input type="checkbox"/> 其他, 請註明:			
其他同住家庭成員資料					
姓名	性別	與申請人關係	出生年份	職業／就讀學校	
本人 <input type="checkbox"/> 願意／ <input type="checkbox"/> 不願意接受協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。					
本人接收每季通訊方式 <input type="checkbox"/> WhatsApp <input type="checkbox"/> 紙本					
本人 <input type="checkbox"/> 願意／ <input type="checkbox"/> 不願意透過 WhatsApp 接收協會發放資訊。					
重要聲明： <input type="checkbox"/> 根據本會的個人資料私隱政策聲明，閣下之個人資料將只用於參加有關活動之申請、通訊及籌辦有關活動之用。本協會只將閣下的個人資料提供予與參加活動有關的運作目的或任何其他目的而有需要使用閣下個人資料的任何其他人士。 <input type="checkbox"/> 本人已知悉協會於活動期間會進行拍攝工作，並同意把個人活動照片用於協會用途，包括並不限於內部紀錄、宣傳及刊登於協會刊物等。					
簽署：_____			日期：_____		