

**綜合社區康復中心試驗計劃
申請表**

「綜合社區康復中心試驗計劃」主要為有高度照顧需要並在家中生活的嚴重殘疾人士和他們的照顧者提供連貫連續、互相銜接的社區支援服務。中心會靈活地融合日間護理中心及家居照顧服務，按嚴重殘疾人士的實際缺損程度及服務需要的轉變提供服務。

請將申請表直接傳真至負責營辦機構（在下列適當的空格內加上「✓」號）

服務營辦機構	區域	聯絡方式
<input type="checkbox"/> 香港耀能協會	新界西 (荃灣、葵青區、元朗及屯門)	電話: 3166 2600 傳真: 3166 2604 電郵: icrc@sahk1963.org.hk 地址: 新界荃灣青山公路 455-457 號 華懋荃灣廣場 15 樓 1501-07 室
<input type="checkbox"/> 基督教家庭服務中心	九龍東 (黃大仙、西貢、觀塘及九龍城)	電話: 3579 8151 傳真: 3584 7842 電郵: icrc@cfsc.org.hk 地址: 九龍九龍灣臨樂街 19 號南豐 商業中心 18 樓 4-8 室

I. 申請服務

服務性質	服務類別	
<input type="checkbox"/> 中心為本服務	<input type="checkbox"/> 嚴重殘疾人士日間照顧服務 <input type="checkbox"/> 日間暫顧	<input type="checkbox"/> 復康治療 <input type="checkbox"/> 護理照顧
<input type="checkbox"/> 家居為本服務	<input type="checkbox"/> 個人照顧 <input type="checkbox"/> 護理照顧 <input type="checkbox"/> 復康治療	<input type="checkbox"/> 護送/陪診 <input type="checkbox"/> 家居暫顧 <input type="checkbox"/> 照顧者支援

II. 申請人個人資料

1. 姓名	(英)	(中)
2. 性別/出生日期	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 / 年 月 日 (歲)	
3. 香港身份證號碼	, 或豁免登記證明書號碼:	
4. 居住地址及 聯絡電話/電郵	地址: 電郵:	電話:
5. 居住地區	<input type="checkbox"/> 荃灣 <input type="checkbox"/> 葵青區 <input type="checkbox"/> 元朗 <input type="checkbox"/> 屯門 <input type="checkbox"/> 黃大仙 <input type="checkbox"/> 西貢 <input type="checkbox"/> 觀塘 <input type="checkbox"/> 九龍城	

6. 就讀學校 (如適用)	<input type="checkbox"/> 特殊學校 <input type="checkbox"/> 特殊學校寄宿服務 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ 學校名稱： _____ 所屬類別： <input type="checkbox"/> 肢體傷殘兒童學校 <input type="checkbox"/> 嚴重智障兒童學校 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____
7. 現正接受的服務 (可選擇多項)	<input type="checkbox"/> 無 社區支援服務： <input type="checkbox"/> 殘疾人士地區支援中心 <input type="checkbox"/> 暫託住宿服務 <input type="checkbox"/> 嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務(現金津貼) <input type="checkbox"/> 嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務(綜合到戶支援服務) <input type="checkbox"/> 嚴重殘疾人士家居照顧服務 <input type="checkbox"/> 日間社區康復中心 <input type="checkbox"/> 嚴重傷殘人士日間照顧服務 <input type="checkbox"/> 綜合家居照顧服務(體弱個案) <input type="checkbox"/> 綜合家居照顧服務(普通個案) <input type="checkbox"/> 改善家居及社區照顧服務 <input type="checkbox"/> 長者日間護理中心 <input type="checkbox"/> 長者社區照顧服務券 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ 日間訓練服務： <input type="checkbox"/> 綜合職業康復服務中心 <input type="checkbox"/> 輔助就業 <input type="checkbox"/> 庇護工場 <input type="checkbox"/> 殘疾人士在職培訓計劃 <input type="checkbox"/> 展能中心 住宿服務： <input type="checkbox"/> 私營院舍 <input type="checkbox"/> 自負盈虧院舍 <input type="checkbox"/> 輔助宿舍 <input type="checkbox"/> 中度弱智人士宿舍 <input type="checkbox"/> 嚴重弱智人士宿舍 <input type="checkbox"/> 嚴重肢體傷殘人士宿舍 <input type="checkbox"/> 嚴重殘疾人士護理院 醫療服務： <input type="checkbox"/> 精神科住院服務 <input type="checkbox"/> 非精神科住院服務 <input type="checkbox"/> 日間醫院服務 <input type="checkbox"/> 門診服務，請註明： _____
8. 是否正輪候政府資助院舍	<input type="checkbox"/> 是，請註明資助院舍類別： _____ <input type="checkbox"/> 否

III. 有關殘疾及健康問題的資料

1. 肢體傷殘	<input type="checkbox"/> 並非肢體傷殘 <input type="checkbox"/> 四肢癱瘓 <input type="checkbox"/> 下肢癱瘓 <input type="checkbox"/> 左/右半身不遂 <input type="checkbox"/> 大腦癱瘓 <input type="checkbox"/> 缺失上或下肢 <input type="checkbox"/> 缺失手/腳掌或手/腳趾 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <input type="checkbox"/> 附上醫療報告
2. 智障	<input type="checkbox"/> 並非智障 <input type="checkbox"/> 極度嚴重 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度 心理評估日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 附上心理評估報告
3. 其他殘疾 (可選擇多項)	<input type="checkbox"/> 言語障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺受損/弱聽 <input type="checkbox"/> 視覺受損 (<input type="checkbox"/> 失明 / <input type="checkbox"/> 弱視) <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 精神病，請註明： <input type="checkbox"/> 唐氏綜合症 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____

4. 疾病／健康問題	若有，請註明： _____
5. 活動能力	<input type="checkbox"/> 自行走動 <input type="checkbox"/> 需要他人攙扶走動 <input type="checkbox"/> 以復康用具輔助走動（在家） <input type="checkbox"/> 需用輪椅（外出） <input type="checkbox"/> 需臥床
6. 現正接受的治療	<input type="checkbox"/> 職業治療 <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 言語治療 <input type="checkbox"/> 護理服務 <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 不適用

IV. 照顧者資料

- 「照顧者」是指為申請人提供照顧或協助的家人，包括父母、家屬或親人。
- 「其他照顧者」是指會提供協助的鄰居、朋友，或受聘照顧申請人的家庭傭工，但不包括院舍或醫院職員。

照顧者類別	姓名	性別／年齡	關係	是否同住	職業	聯絡電話
(a)照顧者						
(b)其他照顧者						

V. 轉介者資料

個案編號： _____ 轉介單位： _____

轉介者姓名： (中) _____ 轉介機構： _____

(英) _____ 電話／傳真： _____

日期： _____

備註

年滿 60 歲或以上的嚴重殘疾人士可自由選擇接受(1) 「綜合社區康復中心試驗計劃」／「嚴重殘疾人士家居照顧服務」／「嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務」或(2)為長者提供的「綜合家居照顧服務／改善家居及社區照顧服務／長者日間護理中心／長者社區照顧服務券」，惟申請者須接受相關評估以決定其資格，亦不可在同一時間接受兩個類別的服務。60 歲以下的嚴重殘疾人士，則視乎資格只可選擇使用「綜合社區康復中心試驗計劃」／「嚴重殘疾人士家居照顧服務」／「嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務」。為避免服務重疊，申請人／監護人／受委人須在申請服務時向服務營辦機構提供沒有使用其他津助非政府機構同類服務的相關聲明，並同意服務營辦機構聯絡其他相關機構以核實資料。