


仁愛堂史立德夫人青少年兒童醫療基金
專注力失調/過度活躍症資助計劃服務申請表

本計劃為基層家庭中提供醫療及診症資助，幫助懷疑患上特殊疾病的青少年及兒童，締造健康成長的基礎。

I. 申請人家庭資料

受惠兒童資料			
中文姓名：		英文姓名：	
性別：	<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女	年齡：	
身份證號碼：		出生日期：	
身高：		體重：	
住址*：			<input type="checkbox"/> 香港 <input type="checkbox"/> 九龍 <input type="checkbox"/> 新界

申請人資料			
中文姓名：		聯絡電話：	
性別：	<input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女	與兒童關係：	<input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 監護人

就讀學校資料		
區域	就讀學校	年級

申請人家庭經濟狀況	
<input type="checkbox"/> 綜合社會保障援助(綜援)計劃	社會福利署參考編號：_____ (有效期至：_____年_____月_____日)
<input type="checkbox"/> 書簿津貼計劃	<input type="checkbox"/> 全額資助 <input type="checkbox"/> 半額資助
	學生資助辦事處檔案編號：_____ 資助生效日期：_____年_____月_____日

仁愛堂史立德夫人青少年兒童醫療基金

申請服務之兒童診治進度

申請服務之兒童已接受教育心理學家進行初步評估，懷疑患上專注力失調/過度活躍症(ADHD)。並於以下機構排期：

- 衛生署兒童體能智力測驗服務中心 預約檢查日期:_____
- 醫管局兒童及青少年精神科診所 預約檢查日期:_____
- 其他(請註明:_____) 預約檢查日期:_____

收集個人資料聲明及資助須知

1. 本人(即申請人)，明白並同意仁愛堂史立德夫人青少年兒童醫療基金(下稱「基金」)收集本人及患者的個人資料，以作申請服務之用。
2. 本人同意所提供的資料，會讓基金在工作上需要知道該等資料的職員使用。
3. 如基金使用本人及患者的資料作其他用途，須符合《個人資料(私隱)條例》，或經本人同意。
4. 除非是《個人資料(私隱)條例》所訂定的豁免情況，本人明白可向中心查閱及提出更改事項。
5. 本人清楚明白如資助個案在治療過程中出現與醫療相關的任何事故與「仁愛堂史立德夫人青少年兒童醫療基金」無關。「仁愛堂史立德夫人青少年兒童醫療基金」毋須承擔任何法律責任。
6. 申請人及受惠兒童所得診症資助費用，將以本堂既定的資助類別分發。期限為受惠兒童首次接受服務日期起計，直至受惠兒童開始接受醫院管理局轄下公立醫院服務或為期一年。診症資助費用將不會以現金，支票或銀行轉帳付予申請人及受惠兒童。
7. 上述計劃之服務內容，仁愛堂史立德夫人青少年兒童醫療基金將保留最終決定權。

申請人簽署：_____ 日期：_____

基金職員專用

接受申請

申請編號：YCMF-ADHD-_____ - _____

不接受申請

原因:_____

職員簽署：_____ 日期：_____