

(由服務使用者填寫)

致：東華三院家庭成長中心
九龍黃大仙竹園南邨貴園樓
地下 109-110 室
親子互動輔導服務
Tel: 2267 6322 Fax: 2194 7311

中心適用
接收日期：_____

檔號：_____

請詳細填寫下列的個人資料，以便本院向閣下提供適當的服務，這些資料將會保密。

申請服務日期：_____

第一部份 個人資料 (請✓適當 □)

A. 姓名:(中文) _____ (英文): _____

性別: _____ 年齡/出生日期: _____ 身份證號碼: _____

婚姻狀況: 單身 已婚 鰥/寡 離婚 分居 同居 再婚

住址: _____

電話:(住所) _____ (辦公室) _____ (流動電話) _____

通訊地址(如與上述住址不同): _____

電郵地址: _____

職業: _____ 教育程度: _____

收入來源: 工作 儲蓄 退休金 收租 親友供養 高齡津貼
綜合社會保障援助計劃 傷殘津貼 其他: _____

居港年期: 在港出世 來港 _____ 年(原居地: _____)

宗教: _____ 籍貫: _____ 語言: _____

病患或傷殘(如有): _____

緊急聯絡人: _____ 關係: _____ 電話: _____

B. 兒童姓名:(中文) _____ (英文): _____

性別: _____ 年齡/出生日期: _____ 身份證明文件號碼: _____

就讀學校: _____ 級別: _____ 全日班 上午班 下午班

曾評估為: 專注力不足過度活躍症 (ADHD) 懷疑有專注力不足過度活躍症 (ADHD)

出現專注力不足過度活躍症(ADHD)徵狀 讀寫障礙(Dyslexia)

亞氏保加症(Asperger) 自閉症(Autism) 對立違抗障礙(ODD)

其他(請註明病症名稱): _____

評估機構(如有): _____

沒有任何評估

病患或傷殘(如有): _____

C. 家庭成員: (請將 # 放在姓名前以註明不同住)

| 姓名 | 關係 | 性別 | 年齡/ 出生日期 | 教育 程度 | 職業/ 就讀年級 | 收入 | 其他(請註明, 如傷殘) |
|----|----|----|-------------|----------|-------------|----|-----------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

你從何處得知本服務: 服務單張 中心宣傳刊物 社署 學校
非政府福利機構 醫療單位 其他: _____

第二部份 目前困難情況

1. 你目前最想解決的主要問題是:

2. 其他問題:

3. 你希望從本服務得到甚麼幫助?

4. 你/或你的家人有否接受其他機構的醫療／輔導服務?

有 (請填寫以下表格) 無

| | 機構一 | 機構二 | 機構三 |
|----------------|-----|-----|-----|
| 機構名稱 | | | |
| 接受該服務的 家人姓名 | | | |
| 服務性質 | | | |
| 接受服務時期 | | | |

第三部份 可以接受服務的時間 (請儘量✓閣下可與兒童參與服務的時間，以便服務配對)

| | 星期一 | 星期二 | 星期三 | 星期四 | 星期五 | 星期六 |
|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 上午 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 下午 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 晚上 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

第四部份 個人資料(私隱)條例

本人同意接受東華三院社會服務科所提供的「香港賽馬會社區資助計劃—親子互動輔導服務」。

本人明白及同意，根據個人資料(私隱)條例，本人所提供的個人資料，是為本人提供服務時使用；並且在有需要轉介其他服務時，提供予有關機構/部門。有關本人的個人資料將被保密處理。本人亦獲悉，如本人需要查閱個人資料紀錄，可向東華三院社會服務科作書面申請。

申請人簽署：_____ 申請人姓名：_____ 簽署日期：_____

.....
(香港賽馬會社區資助計劃—親子互動輔導服務內部適用)

| 直屬督導 | 接案職員 |
|-------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 接案職員：_____ | 簽署：_____ |
| <input type="checkbox"/> 意見：_____ | |
| <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |
| 簽署：_____ 日期：_____ | 姓名：_____ |
| | 職位：_____ 日期：_____ |