



東華三院
香港賽馬會社區資助計劃—親子互動輔導服務
服務申請表



(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"/>					
下午	<input type="checkbox"/>					
晚上	<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：_____	姓名：_____
<input type="checkbox"/> 其他：_____	職位：_____ 日期：_____
簽署：_____ 日期：_____	