保密

嗇色園緊急援助基金
《黃斑病變治療資助計劃》申請表

*填寫前請詳閱資助項目申請指引

甲 部

申請人資料(申請人必須為接受援助者)：

申請人姓名：	(中文)	(英文)	
身份證/護照號碼：		性別：	
出生日期：		年齡：	
聯絡電話：	(住宅)	(手提)	
住址：			
聯絡親屬姓名：		與申請人關係：	
親屬聯絡電話：	(日間)	(晚間)	

乙 部

經濟狀況：

(一)

同住家庭成員(包括申請人)合共：_____人

姓名	與申請人關係	性別	年齡	職業	近三個月平均收入(港幣)	備註
	申請人				$	
					$	
					$	
					$	
					$	
				總收入合共	$	

(二)

申請人家庭資產狀況 〔需附上相關證明文件〕

資產總金額	港幣	備 註
銀行存款	$	
手上現金	$	
金器及名貴物品	$	
股票 / 基金	$	
租金收入	$	
總金額	$	

申請人接受經濟援助狀況 〔需附上相關證明文件〕

接受其他援助	港幣	備 註
*綜合社會保障援助	$	
關愛基金	$	
低收入家庭津貼	$	
家人或其他人供養 (請註明)：	$	
其他(請註明)：	$	
就同一事由申請中之其他援助	$	機構/團體名稱：
總金額	$	

*核實申請人為領取社會福利署綜合社會保障援助人士 (由轉介機構負責)

<u>丙 部</u>

申請內容

1. 申請人所患病症 (中文譯名)：

   _____

   必須由醫管局醫生填寫本表格<Annex A>

2. 申請人最近三個月內有否接受眼部藥物注射？

   有

   (請註明注射藥物名稱及日期_____)

   沒有

3. 眼科專科醫生建議的療程，預計需接受之針數?

   _____

4. 申請本計劃醫生評估前，已完成之針劑數量

   _____

5. 是次醫管局醫生建議的療程注射日期:

   _____

轉介事由：_____

_____

_____

_____

<u>丁 部</u>

(一) **申請援助資料：**

申請援助總金額： 港幣$_____

援助金用途：_____

_____

_____

(二) **批款支票抬頭：**

申請如獲批准，支票抬頭請書：________________________
如需以現金支票發放援助金(註明原因)：____________________

戊 部

轉介機構(由轉介機構填寫)：

單位名稱：	
聯絡地址：	
聯絡電話：	傳真號碼：
聯絡電郵地址：	

轉介機構(由轉介機構填寫)：

轉介社會工作者姓名：	
轉介社會工作者簽署：	
轉介單位主管姓名：	
轉介單位主管簽署：	單位蓋印
日期：	

* *

申請表遞交方法：

(1)請將填妥之申請表連同有關證明文件副本*

傳真至 2351 5640 或電郵至 ssyef@siksikyuen.org.hk 或直接交往九龍黃大仙竹園邨二號悟道堂一樓「嗇色園緊急援助基金」小組審批。

**有關證明文件(例如：醫療文件、糧單、稅單、銀行結餘、綜援批款通知及有關資產狀況)*

\-

祇供本園填寫	
援助項目：《黃斑病變治療資助計劃》	
申請書編號：	收件人姓名及職位：
收到申請書日期：	備註：
基金小組議決：於　　年　　月　　日獲基金小組主席　　　　先生及組員　　　　先生、　　　　先生、　　　　先生、　　　　先生及　　　　先生 不批准撥款 / 批准撥款$　　　　予申請人。	
基金小組主席簽署：	批核日期：

(完)

申請人提供個人資料予本園作審核申請之用，純屬自願，所提供的資料亦有機會被法定監管機構查閱，以評核本園運用捐款是否恰當。在一般情況下，申請人日後有權查閱及改正個人資料(詳情請向職員索閱或查詢本園之「收集服務使用者個人資料告示」)。

「嗇色園緊急援助基金」

申請人聲明書

本人_____(中文姓名) _____(英文姓名)

本人謹此聲明：

(1) 本人已詳閱「嗇色園緊急援助基金」申請表及申請人聲明書，並清楚明白所有內容。

(2) 本人證明，盡本人所知，申請表內所提供的資料均正確無誤，並確認提供的所有資料及證明文件全部真確無誤。

(3) 在「嗇色園緊急援助基金」小組審批此申請的過程中，本人同意提供其他「嗇色園緊急援助基金」小組認為有需要的資料或證明文件。

(4) 本人明白及同意本人所提供的資料，將用作「嗇色園緊急援助基金」小組處理此申請。本人明白可自願提供有關資料，但若本人未能向「嗇色園緊急援助基金」小組提供所需資料，可能會導致無法成功申請。

(5) 本人明白及同意「嗇色園緊急援助基金」小組在無須透露原因的情況下，保留在任何階段拒絕此申請的權利。本人亦同意，無論此申請成功與否，申請表及本人就此申請提供的所有資料及證明文件將不會獲發還。

(6) 本人同意「嗇色園緊急援助基金」小組在評估本人是否符合該基金的申請資格時，可將本人的申請表及其他有關文件的資料，與任何為其他目的而收集的資料比較及核對，本人並授權「嗇色園緊急援助基金」小組向任何人士或機構收集及使用有關本人的任何資料，包括但不限於監察及檢討各項服務，進行研究及調查，以及履行法定職責。

(7) 本人同意「嗇色園緊急援助基金」小組在處理此申請時，可取用本人在申請表內提供的個人資料，並就任何用途可向其他人士披露。

(8) 在遞交此申請表後，有關資料若有任何變更，本人會立即通知「嗇色園緊急援助基金」小組。

(9) 本人接納「嗇色園緊急援助基金」小組的最後審批決定。

申請人簽署：_____

申請人姓名：_____

日　　期：_____

見證人簽署：_____

見證人姓名：_____

日　　期：_____

警告：申請人須注意，凡故意作失實陳述或漏報資料，以欺騙手段取得金錢利益乃屬刑事行為，除可導致申請人喪失申請資格外，亦可能因此觸犯盜竊罪條例(香港法例第210章)而遭起訴。

Medical Assessment Form **Annex A**

Application for Sik Sik Yuen Emergency Fund Macular Disease Medical Assistance Scheme

(to be completed by applicant's medical officer of the Hospital Authority)

Name of Patient: _____ HKID No.: _____(____)

The above patient is applying for the Macular Disease Medical Assistance Scheme which subsidizes intravitreal injections. Please give your assessment below.

1. Nature of Patient's present illness:

   Right Eye: _____

   Present best corrected visual acuity：_____

   Left Eye: _____

   Present best corrected visual acuity：_____

2. Planned treatment:

	Right Eye	**Left Eye**
Number of intravitreal injections patient needs:		

3. If both eyes are planned to be injected, please indicate which eye should be prioritized.

   ☐ Right Eye ☐ Left Eye

4. Recommendation for Macular Disease Medical Assistance Scheme

   ☐ Recommended

   ☐ NOT Recommended

5. Other remarks and comments:

   _____

   _____

Signature of Medical Officer: _____

Name of Medical Officer: _____

Name of Hospital: _____

Date: _____

Hospital Chop