



## 綜合眼科視光檢查服務費用資助申請表

(注意：除第二部份由轉介機構填寫外，其他部份均由申請人填寫)

### 第一部份 申請人個人資料

#### 申請人個人資料

姓名 (中文) _____	(英文) _____
身份證明文件號碼 _____	類別 <input type="checkbox"/> 香港身份證 <input type="checkbox"/> 香港出生證明書
性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 其他 (請註明) _____
出生日期 _____年 _____月 _____日	
婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 從未結婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 同居	
教育程度 <input type="checkbox"/> 未受教育 <input type="checkbox"/> 幼稚園 / 幼兒中心 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 其他 _____	
住址 * 香港/九龍/新界 _____	
居所類別 <input type="checkbox"/> 自置 <input type="checkbox"/> 租住 <input type="checkbox"/> 其他(請註明) _____	
電話號碼 _____	流動電話號碼 _____

申請人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

第二部份 由轉介機構填寫	
轉介人姓名：	
轉介機構及聯絡電話：	(電話：_____)
轉介機構主管姓名及簽署：	
機構蓋章：	
日期：	

\* 請刪除不適用者

請在適當方格加上 ✓ 號

第三部份 申請人類別

- 社會福利署公共福利金計劃長者生活津貼受助人 (請跳至第五部份)
- 不是上述者而達 65 歲或以上之長者 (請跳至第四部份)

第四部份 申請人入息及資產

甲 每月入息 (不包括子女、親戚或朋友等金錢上的津貼)

	申請人	配偶
1. 工資	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____
2. 退休金 / 長俸	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____
3. 其他收入, 請註明 _____	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____
總入息	\$ _____	\$ _____

乙 資產 (包括在香港、澳門、內地或海外所擁有的資產)

	申請人	配偶
1. 土地/非自住房業	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____
2. 現金	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____
3. 銀行儲蓄	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____
4. 股票及股份的投資	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____	<input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/> 有 _____
總值	\$ _____	\$ _____

申請人簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

\* 請刪除不適用者

請在適當方格加上 ✓ 號

## 第五部份 聲明及保證

本人(即下方簽署人)現聲明據本人所知，本表以上所列各項資料是正確無訛。

申請人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

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。

### 溫馨提示：

1. 填妥表格後，交轉介單位填寫第二部份及蓋章。
2. 辦妥上述第1點後，可把表格傳真至中心（傳真號碼：2329 5218），中心職員會致電聯絡申請人；或申請人致電中心（電話號碼：2329 8622）預約。
3. 於約定時間前赴中心（中心地址：黃大仙鳳德道38號畵色園社會服務大樓一樓）應診，緊記帶備所需文件，包括香港身份證明文件、填妥的「綜合眼科視光檢查服務費用資助申請表」及住址證明。
4. 如應診時忘記帶同「綜合眼科視光檢查服務費用資助申請表」，申請人將不能獲得費用資助。
5. 倘有任何查詢，請致電2329 8622與中心職員聯絡。