

請填妥此申請表並以親身、電郵、WhatsApp 或郵寄方式 交至言語治療中心。

地址：香港皇后大道西 198 號仲成大廈地下及 1 樓（西營盤地鐵站 A1 出口 斜對面）

查詢：6353 8390 (WhatsApp / 致電) 電郵：hoying@siksikyuen.org.hk

第 1 部份：服務使用者基本資料

姓名：(中) _____ (英) _____
 性別： 男 / 女 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (年齡: _____)
 通訊地址： _____
 電郵地址： _____ 聯絡電話： _____

第 2 部份：主要照顧者資料

姓名：(中) _____ (英) _____
 與服務使用者的關係：父/母 夫/妻 子/女 監護人 其他 _____
 電郵地址： _____ 聯絡電話： _____

第 3 部份：緊急聯絡人資料

姓名：(中) _____ (英) _____
 與服務使用者的關係：父/母 夫/妻 子/女 監護人 其他 _____
 電郵地址： _____ 聯絡電話： _____

第 4 部份：背景資料

服務使用者的溝通語言：廣東話 英語 普通話

病歷 (請提供相關醫療紀錄)：

主要困難/申請服務原因 (*請圈出適用項目)：

關注項目	情況簡述
<input type="checkbox"/> 吞嚥問題 *現時餐類: 正餐/ 碎餐 / 免治餐 / 糊餐 / 其他： _____	
<input type="checkbox"/> 口肌問題	
<input type="checkbox"/> 溝通問題 (理解 / 表達) *日常表達方式：口語/ 聲音 / 動作/ 圖咭 / 手語 / 文字	
<input type="checkbox"/> 發音問題	
<input type="checkbox"/> 口吃問題	
<input type="checkbox"/> 聲線問題	
<input type="checkbox"/> 其他，請註明：	

第 5 部份: 其他

申領綜合社會保障援助計劃：有(有效日期至: 日/ 月/ 年) 沒有
希望接受服務之時段：星期一至星期五 (上午 下午 黃昏)
(可選擇多項)星期六 (上午 下午)
從何途徑得知本服務：親友 社工 醫院 互聯網 其他：_____

希望申請的服務：

言語治療評估

✧ 如需申請個別/小組言語治療訓練，必須先進行言語治療評估或提供半年內由認可之言語治療師所進行的評估報告

言語治療訓練(個人)

言語治療訓練(小組)

其他小組/活動: _____ (可填「活動編號」, 如有)

申請人 (服務使用者/主要照顧者) 聲明：

- 本人茲聲明以上所提供的資料及證明文件均真確無誤。
- 本人同意提供的個人資料將用作申請、接受及推廣本園服務之用，而提供個人資料予本園是自願性的。若你未能提供足夠個人資料，本園將無法處理有關申請或提供服務。請確保你所提供之資料為準確及若有任何有關個人資料之改動，請盡快通知本園。本人同意提供其他「耆色園可營言語及吞嚥治療中心」認為有需要的資料或證明文件以供審核。但若本人未能向中心提供所需資料，可能會導致無法辦理申請。
- 本人明白及同意中心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。
- 本人同意中心在處理此申請時，可取用本人在申請表內提供的個人資料，並就此計劃之用途可向其他人士披露。
- 在遞交此申請表後，有關資料若有任何變更，本人會立即通知中心。
- 查閱及更改個人資料:本人同意如需查閱或得到有關資料及收集個人資料聲明書等需按中心要求繳付影印費用。
- 本人知悉本園有可能於活動/服務過程中進行拍攝作宣傳或紀錄用途，如不願意會自行向工作人員提出。
- 本人接納中心的最後審批決定。本人願意參與中心之追蹤調查，包括但不限於填寫問卷及調查訪問等。
- 申請人/家長/監護人須注意，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。

申請人姓名：_____ 申請人簽署：_____

日期：_____

(由本園填寫)		日期：
客戶編號:		負責職員姓名及職位：
會員編號(如有):	(有效期 12 個月至)	
備註：		