

明愛家居護養暨照顧者支援服務

申請表格

(一).申請人資料：		(由服務單位填寫)檔案編號：_____															
姓名：(中文)	(外文)	性別： <input type="checkbox"/> 男 / <input type="checkbox"/> 女															
教育程度：	出生日期： 年 月 日	身份證號碼：															
住所地址：																	
住所電話：		其他聯絡電話：															
居住狀況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與配偶同住 <input type="checkbox"/> 與子女同住 <input type="checkbox"/> 與配偶及子女同住 <input type="checkbox"/> 其他 _____																	
使用語言： <input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 普通話 <input type="checkbox"/> 葡文 <input type="checkbox"/> 英文 <input type="checkbox"/> 其他 _____																	
援助金受益人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		殘疾金受益人： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否															
(二).與申請人同住的家庭成員(或照顧者)資料：																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">姓名</th> <th rowspan="2">年齡</th> <th rowspan="2">性別</th> <th rowspan="2">與案主關係</th> <th colspan="2">聯絡方法</th> </tr> <tr> <th>(日)</th> <th>(夜)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>				姓名	年齡	性別	與案主關係	聯絡方法		(日)	(夜)						
姓名	年齡	性別	與案主關係					聯絡方法									
				(日)	(夜)												
(三). 申請人個人情況：																	
健康情況：已確知診斷(現時仍需醫療監察，包括進覆診或服藥)																	
<input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 腦退化症 <input type="checkbox"/> 帕金森症 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 眼疾(白內障、青光眼) <input type="checkbox"/> 骨折_____ <input type="checkbox"/> 骨質疏鬆 <input type="checkbox"/> 慢性氣管疾病 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 腎衰竭 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 腫瘤_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____																	
(四).申請服務的原因及期望：																	

(五).申請人現正使用/現正申請的其他機構服務：																	

申請人聲明：本人同意將個人資料送交給明愛家居護養暨照顧者支援服務或相關政府部門，以協助本人申請有關服務，並接受明愛家居護養暨照顧者支援服務之人員安排探訪或家訪評估。																	
申請人/代申請人簽署：_____		簽署日期：_____年____月____日															
遞交文件副本： <input type="checkbox"/> *澳門居民身份證 <input type="checkbox"/> *醫療文件 <input type="checkbox"/> *吋半相一張 <input type="checkbox"/> 援助金咭 <input type="checkbox"/> 殘疾證 <input type="checkbox"/> 其他 _____																	
*為有效為申請者提供服務，如申請時未具備有關資料，請於申請日起三十天內補回。																	
跟進工作(由服務單位填寫)																	

服務單位代表簽署：_____		日期：_____年____月____日															
服務申請表格可： 1)親臨服務站繳交； 2)傳真: 28437127; 3)電郵: hnc@caritas.org.mo																	