

心意通-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
證件類別：		證件號碼：	
住所地址：			
住所電話：		其他聯絡電話：	
殘疾證持有人： <input type="checkbox"/> 是，殘疾類別：_____ <input type="checkbox"/> 否			
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 _____			
(二).聯絡人資料：			
姓名	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：			

申請人聲明：本人同意將個人資料送交給心意通或相關政府部門，以協助本人申請有關服務，並接受心意通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"/> 殘疾證 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
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：28283331； 3)電郵：weconnect@caritas.org.mo			