

靈實長者記憶護理中心（港島西）

靈實夜間暫托服務申請表

此欄由職員填寫

個案編號：_____

A. 申請人資料

姓名：(中文) _____ (英文) _____

性別： 男 / 女 出生日期：_____ 身份證號碼：_____

年齡：_____ 籍貫：_____ 宗教：_____

聯絡電話：_____ 常用語言： 廣東話 普通話 其他：_____

住址：_____

居住狀況(可選多於一項)： 與配偶同住 與家人同住 與家傭同住 獨居 其他：_____

教育程度： 未受教育 小學 中學 預科 大專或以上

婚姻狀況： 未婚 已婚 離婚 鰥寡 是否有家傭： 是 / 否

B. 期望提供的服務

每星期需要服務日數： 每星期需要_____晚 逢星期：_____

每日需要服務時段： 恆常晚上 9:00 至翌日早上 9:00 其他時間請註明：_____

個別服務項目(需要預約)： 物理治療 職業治療 護老者輔導服務

臨床香薰治療 護送服務

C. 申請人身體情況

主要病歷：	<input type="checkbox"/> 認知障礙症：年份_____ <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風：年份_____ <input type="checkbox"/> 帕金森症 <input type="checkbox"/> 痛風症 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 其他：_____
自理能力：	活動能力： <input type="checkbox"/> 行動自如 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 輪椅 禁制能力(小便 / 大便)： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 偶爾失禁 <input type="checkbox"/> 完全失卻禁制能力 進食情況： <input type="checkbox"/> 自行 <input type="checkbox"/> 需協助

D. 第一聯絡人資料

姓名：_____（先生 / 女士 / 小姐 / 太太）關係：_____

緊急聯絡電話：_____ 住宅電話：_____ 傳真號碼：_____

電郵：_____ 是否同住： 是 否

靈實職員： 是 否 職員編號：_____

E. 第二聯絡人資料（如適用）

姓名：_____（先生 / 女士 / 小姐 / 太太）關係：_____

手提電話：_____ 住宅電話：_____ 傳真號碼：_____

電郵：_____ 是否同住： 是 否

靈實職員： 是 否 職員編號：_____

F. 申請服務原因

- 調整長者生活秩序 家人上班 家人/照顧者需要休息 家人外遊 舒緩壓力
- 其他，請註明：_____

G. 如何得知本服務

- 曾使用靈實服務 朋友介紹 海報 網頁 單張 報紙 雜誌 港鐵
- 巴士/小巴車身 電車站 靈實員工介紹 其他（請說明）：_____

H. 個人私隱條例

- 本人同意基督教靈實協會及其服務單位聯絡本人進行服務資訊及推廣，包括服務介紹及宣傳。
- 本人不同意基督教靈實協會及其服務單位聯絡本人進行服務資訊及推廣，包括服務介紹及宣傳。
(本人明白剔選此方格，則本人的姓名、地址及其他個人資料將從基督教靈實協會及其服務單位的會員通訊名單上移除。)

I. 細則及條款

1. 請將填妥之申請表傳真（傳真號碼：2177 0951）或郵寄（地址：香港筲箕灣阿公岩道 25 號明華大廈 A 座地下低層 B 室「靈實全護通」收）或以電郵（tc_cs@totalcare.org.hk）遞交。如有任何查詢，請致電 2663 3001。
2. 申請者需繳交評估費，請於評估前繳交有關費用。
3. 繳費方法：
 - 3.1 銀行轉帳：存入「基督教靈實協會」或「Haven of Hope Christian Service」戶口：中國銀行「012-874-1-109403-1」（入數後請傳真收據至 2177 0951 或以電郵至 tc_cs@totalcare.org.hk，請註明使用者姓名及聯絡人電話。）
 - 3.2 劃線支票：支票抬頭請寫上「基督教靈實協會」或「Haven of Hope Christian Service」，並於支票背面寫上使用者姓名及聯絡人電話。

申請人/保證人簽署： _____ 日期： _____

此欄由職員填寫：

接收申請表日期： _____

負責職員姓名： _____

負責職員簽署： _____

接受申請：

是，可安排參觀，參觀日期： _____

否，原因： _____

審批護理主管姓名： _____

審批護理主管簽署： _____