

申請須知

承蒙「真光苑有限公司」的慷慨資助，靈實全護通於 2019 年 8 月起展開「真光安居樂」-護理及復康服務。本服務將為低收入家庭(註一)之體弱病患者，提供到戶之護理及復康服務，加強患者之復康及自理能力，協助患者復原及舒緩照顧者的壓力。

接受此項服務的人士必須符合以下條件：

1. 必須年滿 50 歲或以上，有需要社區照顧服務的體弱病患者;
2. 綜援個案、低收入(註一)、有經濟困難(註一)或正在輪候政府資助社區照顧服務或住宿照顧服務人士;
3. 沒有聘請家傭;
4. 申請者可由長者地區中心、長者鄰舍中心、綜合家庭服務中心、醫務社工轉介或直接聯絡「靈實全護通」;
5. 未能附合以上條件而有特殊原因，可由社工推薦。

申請者需先接受「靈實全護通」專業評估，以確定申請者適合接受服務。每個個案服務時限最長為 8 星期，個案津助上限為\$8,000 元。申請人對基金的審批過程及安排不得異議。

索取及遞交「真光安居樂」申請表

填妥之申請表可以郵寄或傳真方式送回以下地址:

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」
傳 真：	2177 0951
查詢熱線：	2663 3001

名額有限，所有申請需經由「靈實全護通」評估及審批，結果將以書面或電話聯絡成功申請者或其家屬，所有結果，申請人不得異議。「靈實全護通」有絕對權利修改上述章則，並不另行通知。

註 1: 低收入及有經濟困難 (即家庭總收入等同或低於該年度政府統計處發表的人息中位數的 75%)。

「真光安居樂」-護理及復康服務

申請表

A. 申請人個人資料

檔案編號：_____

姓名：(中文)		(英文)	
性別：		年齡：	
出生日期：		身份證號碼(首四位數字)：X _____ XX(X)	
住址：_____			
住宅類別： <input type="checkbox"/> 公屋 <input type="checkbox"/> 居屋 <input type="checkbox"/> 私人樓宇 <input type="checkbox"/> 其它(請註明)：_____ 電梯 有 <input type="checkbox"/> 沒有 <input type="checkbox"/>			
聯絡電話 (住宅)		(手提)：	
婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡			
教育程度： <input type="checkbox"/> 未受教育 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 大專或以上			
常用語言： <input type="checkbox"/> 廣東話 <input type="checkbox"/> 普通話 <input type="checkbox"/> 其他/地方語言(請列明：_____)			
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"/> 與親屬同住 <input type="checkbox"/> 與朋友同住 <input type="checkbox"/> 與其他人同住(請註明)：_____			
收入來源： <input type="checkbox"/> 綜合援助 <input type="checkbox"/> 普通/高額傷殘津貼 <input type="checkbox"/> 普通/高額高齡津貼 <input type="checkbox"/> 長者生活津貼 <input type="checkbox"/> 儲蓄 <input type="checkbox"/> 子女/親屬供養 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 工作收入 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
子女數目：		在職子女的職業：	
宗教：		籍貫：	是否有家傭： <input type="checkbox"/> 是 Yes <input type="checkbox"/> 否
健康狀況： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 痛風 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 認知障礙症 <input type="checkbox"/> 帕金森 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癌症, 請列明：_____			
正在輪候政府資助的社區支援服務(請註明)：_____			

「真光安居樂」-護理及復康服務

期望提供的服務 (請在適當位置☑) (必須經由「靈實全護通」評估及審批作最終決定)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 整體評估(情緒、護理、復康、社交等需要)
<input type="checkbox"/> 日常起居照顧，包括： <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 服用藥物 <input type="radio"/> 梳洗 <input type="radio"/> 餵食 <input type="radio"/> 喉管餵食 <input type="radio"/> 沖涼 <input type="radio"/> 協助如廁 <input type="radio"/> 失禁護理 <input type="checkbox"/> 陪診
<input type="checkbox"/> 傷口處理 | <input type="checkbox"/> 改善家居裝置評估
<input type="checkbox"/> 認知評估/訓練
<input type="checkbox"/> 吞嚥評估/訓練
<input type="checkbox"/> 復康訓練
<input type="checkbox"/> 防跌訓練
<input type="checkbox"/> 自理能力訓練
<input type="checkbox"/> 中醫針灸或推拿
<input type="checkbox"/> 心靈關懷
<input type="checkbox"/> 情緒支援
<input type="checkbox"/> 其他：_____ |
|--|---|

B. 第一聯絡人資料：

姓名	(先生/女士/小姐/太太)	與申請人關係：
住址：		

聯絡電話 (住宅)	(手提)	
電郵：		

C. 第二聯絡人資料：

姓名	(先生/女士/小姐/太太)	與申請人關係：
住址：		

聯絡電話 (住宅)	(手提)	
電郵：		

D. 如何得知本服務：

- 朋友介紹
 海報
 網頁
 單張
 其他 (請說明)：_____

「真光安居樂」-護理及復康服務

E. 轉介機構資料：

機構名稱：_____ 申請日期：_____

轉介社工：_____ 傳真號碼：_____

聯絡電話：_____ 電郵：_____

F. 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。)

備註：

- 申請人所提供的資料、評估結果及服務進度將按需要提供予「真光苑有限公司」，以作審批及檢討計劃成效之用。
- 申請人於接受「真光苑安居樂」服務後，可能被安排接受「真光苑有限公司」職員及基督教靈實協會傳訊及籌募部訪問。

遞交前覆核清單：

申請人需連同轉介表格及下列證明文件之副本一併交回：

- 輪候政府資助的社區支援服務相關表格 (如適用)
- 政府援助證明文件 (如適用) / 最近三個月之入息或資產證明

申請人/家屬簽署：_____

日期：_____

【 由「靈實全護通」內部填寫 】 收件日期：_____

到戶評估日期：_____ 時間：_____

真光安居樂編號： TC-F-T-19/20-	靈實全護通個案編號： TCC-
收件職員姓名： _____	簽署： _____ 日期： _____
評估專業同工姓名： _____	簽署： _____ 日期： _____
審批主管姓名： _____	簽署： _____ 日期： _____

審批結果：成功 不成功, 原因：_____ 通知日期：_____