

仁濟醫院嚴徐玉珊卓智中心
『腦友記基金』支援計劃申請表

(一)申請人資料

申請編號：AMF_____

(本中心填寫)

姓名：_____ (中文) 性別：男 女

出生日期：_____ (日/月/年) 年齡：_____ 身份證編號：_____

地址：_____

聯絡人姓名：_____ 與申請人關係：_____ 聯絡電話：_____

婚姻狀況：未婚 已婚 離婚/分居 寡/鰥教育程度：未受教育 未受教育，但懂字 小學 中學 大專或以上居住狀況：獨居 只與*配偶/工人同住 與家人同住

認知能力：

已診斷患上老年痴呆症(診斷醫院/診所_____，日期：_____)懷疑患上老人痴呆症 MMSE 分數(如有，供專業同工填寫)：_____ (評估日期：_____)

(二)申請資助內容

資助類別：

	資助項目	服務次數	受資助者付費**
<input type="checkbox"/>	日間照顧服務 及 感創智善流動車服務	每月使用八天日間照顧服務，並包括 4 小時感官刺激治療	每月\$852
<input type="checkbox"/>	日間照顧服務	每月使用八天服務(固定星期日數)	每月\$680
<input type="checkbox"/>	感創智善流動車服務	每月 4 節(1.5 小時) 感官刺激治療	每月\$320#
<input type="checkbox"/>	中心復康巴服務	每月使用八天服務	每月\$170
<input type="checkbox"/>	評估服務	每年一次	每次\$100
<input type="checkbox"/>	家居評估及訓練服務	每月四節	每月\$360
<input type="checkbox"/>	多感官治療小組	每月四節	每月\$200
<input type="checkbox"/>	記憶力加強班	每月四節	每月\$200
<input type="checkbox"/>	卓智學院-智醒頻道	每月任用	每月\$240
<input type="checkbox"/>	卓智學院-遙距智叻訓練組 合	每月四節	每月\$200
<input type="checkbox"/>	租用平板電腦	一個月	每月\$40
<input type="checkbox"/>	托管服務	每月 10 小時	每月\$150

*最多可選三項資助服務。

*上述費用於 2019 年 6 月 1 日起生效

** 受助金額約佔收費之八成

受助金額約佔收費之九成

申請原因： 1. 現正領取綜援 (社署個案編號：_____)

2. 資產及收入屬可領取綜援水平

每月家庭總收入：\$_____；現金及資產總額(不包括自住物業)：\$_____

3. 難以長期應付醫療及護理開支 (須獲社工評估)

每月家庭總收入：\$_____；現金及資產總額(不包括自住物業)：\$_____

每月醫療及護理費用總支出：\$_____

需要評估(請簡述)：

社工姓名：_____ 簽署：_____ 日期：_____

職位：_____ 機構/單位名稱：_____

本人願意申請 貴中心『腦友記基金』及提供有關個人資料及證明文件予以審核。

申請人簽署：_____ (家屬簽署：_____) 日期：_____

----- 中 心 專 用 -----

推薦原因：

現正領取綜援 資產及收入屬可領取綜援水平 難以長期應付醫療及護理開支

備註：_____

已審核文件：經濟證明 住屋證明 健康證明 其他：_____

推薦資助：日間照顧服務及感創智善流動車服務 日間照顧服務 評估服務

中心復康巴接送服務 感創智善流動車服務 家居評估及訓練服務 記憶力加強班

多感官治療小組 卓智學院-遙距智叻訓練組合 卓智學院-智醒頻道

租用平板電腦 其他(請註明)：_____

由_____至_____，為期_____個月

不推薦資助(原因：_____)

單位主管簽署：_____ 日期：_____

中央行政專用

批准資助：日間照顧服務及感創智善流動車服務 日間照顧服務
感創智善流動車服務 中心復康巴接送服務
評估服務 家居評估及訓練服務
記憶力加強班 多感官治療小組
卓智學院-遙距智叻訓練組合 卓智學院-智醒頻道
租用平板電腦 其他(請註明)：_____

由_____至_____，為期_____個月

不批准資助(原因：_____)

經理(安老服務-社區) 簽署：_____ 日期：_____