

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 | 每月使用八天服務，並包括 4 小時 感官刺激治療 | 每月\$900 |
| <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\$720 |
| <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\$110 |
| <input type="checkbox"/> | 家居評估及訓練服務 | 每月四節 | 每月\$400 |
| <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\$230 |
| <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 2021 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：_____