



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by

The Community Chest Medical Assistance Fund



香港青少年服務處  
HONG KONG CHILDREN & YOUTH SERVICES

一經填寫即屬保密

## 公益金醫療援助基金 「翼光計劃」申請表

檔案編號：\_\_\_\_\_

(提供短暫經濟資助，為有情緒需要之青年，按情況而發放緊急資助接受精神科醫療及心理治療服務，以解燃眉之急，全年均可申請，獲批金額按個別申請人之需要而定。如申請人年齡未滿18歲，轉介社工應先取得家長或監護人同意。如有任何查詢，請致電2679 7557與本處聯絡。)

### (一) 個人資料

申請人姓名：\_\_\_\_\_ (中) \_\_\_\_\_ (英) 性別：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_ (年) / \_\_\_\_\_ (月) / \_\_\_\_\_ (日) 年齡：\_\_\_\_\_

身份證號碼 (首4個字)：\_\_\_\_\_ 居住地址：\_\_\_\_\_

就讀學校：\_\_\_\_\_ 班級：\_\_\_\_\_

監護人姓名：\_\_\_\_\_ 與申請人之關係：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ (申請人) \_\_\_\_\_ (監護人)

曾否接受精神科醫療服務： 沒有  有 \_\_\_\_\_ (醫生/診所名稱)

曾否成功申請公益金醫療援助基金： 沒有  有 \_\_\_\_\_ (機構名稱)

### (二) 家庭狀況

2.1 同住家庭人數(包括申請人)共：\_\_\_\_\_人

2.2 家庭成員(請填寫所有同住家庭成員資料)

姓名	與申請人關係	年齡	職業	每月收入	備註
	申請人				
家庭總收入					

2.3 經濟狀況 (可✓多於一項)

正領取綜合社會保障援助計劃

符合家庭住戶每月收入中位數的 \* 65% / 80% (\*請刪去不適用者)

### (三) 轉介社工陳述推薦申請之原因

---

---

---

### (四) 申請資助類

請以「✓」表達其意願，供本計劃社工參考配對服務之用：

申請資助類別	<input type="checkbox"/> 精神科醫療現金資助
	<input type="checkbox"/> 心理治療現金資助 (臨床心理治療/輔導心理治療)

### (五) 聲明

本人謹此聲明，以上資料均實屬無訛，如有隱瞞或虛報，資助即被終止，本人須退回所領之款項或補償有關損失。資料如有更改，本人必定盡快通知 貴處。

本人承諾於治療服務結束後，剩餘資助額將由本處繼續用於本計劃之中或退回公益金。

➤根據個人資料(私隱)條例，閣下向本處所提供的個人資料，將會供本處及「公益金醫療援助基金」為閣下提供援助使用；並在有需要作其他服務轉介時，提供予有關機構。你的個人資料將作保密處理。

申請人姓名：\_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

(家長／監護人簽署適用於18歲以下申請人)

家長／監護人姓名：\_\_\_\_\_ 簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

### (六) 轉介社工資料

轉介社工姓名：\_\_\_\_\_ (先生／女士)

機構 / 單位 / 學校：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ (單位) \_\_\_\_\_ (學校)

傳真號碼：\_\_\_\_\_ (單位) \_\_\_\_\_ (學校)

電郵地址：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(簽署) 日期：\_\_\_\_\_

轉介社工 姓名( )

\_\_\_\_\_  
(簽署) 日期：\_\_\_\_\_

社工督導 姓名( )

**(七) 所需文件清單** (請在適用處加上「✓」或刪去不適用者)

1. 已填妥本申請表格的資料	
2. 申請人香港出生證明書或香港身份證 <u>副本</u>	
3. 地址證明 <u>副本</u>	
4. 適用於綜援家庭： 綜合社會保障援助通知書連同「醫療費用豁免證明書」(需列有申請人姓名)	
適用於符合家庭住戶每月收入中位數的 65% / 80%： 申請人及同住家庭成員之收入證明 <u>副本</u> (由僱主發出最近連續 3 個月之糧單，及/或最近連續 3 個月之支薪銀行戶口月結單/存摺，需附有戶口持有人姓名和號碼等資料；或其他有助審批的文件)	
5. 其他 (請註明): _____	

請將填妥之申請表格及所需文件電郵：[soar2light@hkcys.org.hk](mailto:soar2light@hkcys.org.hk)，並將申請表格正本及所需文件郵寄到：新界上水天平邨天明樓地下 105-113 室，信封面註明「申請公益金醫療援助基金翼光計劃」，請支付足夠郵資，以免延誤收件。

\*\*\*\*\*

以下由審核機構填寫

**(八) 申請結果** (請在適當方格內填「✓」)

成功獲本處之緊急資助，金額為港幣\$ \_\_\_\_\_

**未能獲批核個案之原因**

- 申請人退出申請
- 經濟狀況超出限額
- 曾獲批此計劃資助
- 申請人未能提交足夠文件以供審核
- 其他 (請註明) \_\_\_\_\_

推薦人：

\_\_\_\_\_ (簽署) 日期： \_\_\_\_\_  
計劃社工 姓名 ( )

批准人：

\_\_\_\_\_ (簽署) 日期： \_\_\_\_\_  
計劃督導 姓名 ( )

附註

酌情權編號： _____
--------------