



香港聖公會張國亮伉儷安老服務大樓
HKSKH Cyril And Amy Cheung Aged Care Complex

家居樂 – 香港聖公會黃相釗伉儷長者社區服務
申請表格

Joyful Home Care – HKSCH Mr. and Mrs. Wong Sheung Chiu Community Support Services
Application Form

一、個人資料 Personal Information

申請人姓名 Name of Applicant :	_____ (English)	性別 Sex :	男/女 * M/F *
	_____ (中文)	年齡 Age :	_____
地址 Address :	_____		
		電話 Tel. No. :	_____
通訊地址 Correspondence Address if different :	_____		
		電話 Tel. No. :	_____
出生日期 Date of Birth :	_____	婚姻狀況 Marital Status :	_____
籍貫 Native Place :	_____	所操方言 Dialect :	_____
身份證號碼 HKID No. :	_____	抵港日期 Year Arrived in H.K. :	_____
宗教 Religion :	教會 Church :	加入教會日期* Date of Admission to Church* :	_____
現職 Occupation, if still employed :	_____	薪金 Salary :	_____
教育程度 Education Level :	_____		

二、保證人資料/諮詢者 Guarantor / Referee Information

保證人/諮詢者姓名 Name of Guarantor / Referee :	_____ (Mr. / Mrs. / Miss)*		
	_____ (先生/太太/小姐)*		
地址 Address :	_____		
電話 Tel. No. :	(日間) (Office)	(手提) (Mobile)	_____
身份證號碼 HKID No. :	職業 Occupation :	_____	
與申請人關係 Relationship with Applicant :	_____		

三、申請人同意書 Applicant's Consent

本人同意將所附資料，包括體格檢驗結果及本人之個案紀錄，提供予有關機構以便審核本人之服務申請。

I agree to provide my personal information, including medical check up result, to the corresponding authority for consideration of my application for the home care services.

申請人姓名 Name of Applicant :	_____
簽署 Signature :	_____
日期 Date :	_____
見證人簽署 Witness :	_____

*刪去不適用者
Delete where inappropriate

四、家人或近親資料 Particulars of Family Members or Close Relatives

姓名 Name	性別 Sex	年齡 Age	職業 Occupation	與申請人關係 Relationship with Applicant	如非與申請人同住，請列明地址電話 If not living with applicant, please state the address & contact number

五、緊急聯絡人 Name of Contact Person

1) 地址 (Address) : _____

聯絡電話(Contact Tel. No.) : _____ (日間/Day) _____ (晚間/Night)

2) 地址 (Address) : _____

聯絡電話(Contact Tel. No.) : _____ (日間/Day) _____ (晚間/Night)

六、居住情況 Living Arrangement

獨居

Living alone

與直系親屬同住

Residing with family

與傭人同住

Residing with Domestic Helper

與親友同住

Residing with non-immediate relative or friend

七、住屋類別 Type of Housing

居於公共樓宇

In Public Housing

居於私人樓宇

In Private Tenements

其他 (請註明)

Others (please specify) _____

八、健康及精神狀況 Physical and Mental Condition

殘缺（如斷肢、痙攣等）

Disability and Disfigurement (e.g. amputation, spastic)

有
Yes

無
No

如有，請註明

If yes, please specify :

視覺
Vision

配戴眼鏡
Wearing glasses

有
Yes

無
No

視力 足夠照料自己
Sight Adequate for self-care

是
Yes

否
No

證實失明
Certified blind

是
Yes

否
No

聽覺
Hearing

正常
Good

欠佳
Inadequate

失聰
Deafness

與人交談
Speech

正常
Good

不能言語
Cannot communicate with
speech

有困難
Speech with difficulties

牙齒
Dental Condition

正常
Good

欠佳
Poor

配戴假牙
Wearing Denture

失禁
Incontinence

無
No

小便
Urine

大便
Faeces

精神狀況
Mental Status

正常
Normal

老年痴呆
Senile dementia

有騷擾他人行為
With disturbing behaviour

其他護理照顧需要(請註明)
Other Nursing Care (Please specify)

行動
Mobility

行動自如
Walk independently
使用輔助器能行動自如
Walk with aids independently
可在別人扶持下步行
Walk with assistance
所需輔助器類別
Type of aid

不能行動
Chairbound
 臥床／癱瘓*
Bedbound / Paralysed*
 不時跌倒
Fall Frequently

九、日常活動能力 Activities of Daily Living

	自我照顧 Fully Capable	部份依靠別人 Partially Dependent on Others	完全依靠別人 Total Dependent on Others
購物 Shopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
煮食 Cooking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
清潔地方 House Cleaning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
收拾房間 Tidying up the room	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗衣 Simple laundry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗澡 Bathing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
穿衣 Dressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
飲食 Feeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
洗臉／洗手 Washing face / hands	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
如廁 Toileting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

十、 居家照顧服務類別 Home Care Service

護理服務 Nursing Service

復康服務 Rehabilitation Service

物理治療 Physiotherapy 職業治療 Occupational therapy

服務次數 Frequency

每星期_____天 _____ Days per week

上午九時至下午一時 (9:00am – 1:00pm) 下午二時至下午五時 (2:00pm – 5:00pm)

其他服務 Other Services

請說明 Please specify _____

* 申請人所需的照顧服務，將由專業社工、註冊護士、物理治療師及職業治療師，根據申請人之身體、精神及醫療等狀況而作出評估，以釐訂申請人所需的服務。

The application will be considered by health care professional staffs, including but not limited to, Social Workers, Registered Nurses, Physiotherapist and Occupational Therapists based on the applicant's health condition.

FOR OFFICE USE ONLY

Date received : _____

Date of home visit : _____

Result of application : Accepted

Rejected

Reasons : _____

Withdrawn

Reasons : _____

Signature of Assessor : _____

Signature of Service Manager : _____