



# 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 \*  
年齡 Age : \_\_\_\_\_  
(中文)

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) \_\_\_\_\_ (手提)  
(Office) (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 : \_\_\_\_\_