

申請表格

由港安醫院慈善基金填寫
申請編號：
收表日期：

轉介機構資料

轉介機構：.....
聯絡人姓名：.....
電話號碼：.....
電郵：.....

機構蓋印 (如適用)

申請人資料 (請於適用方格內加「✓」)

申請人姓名：..... (中文) (英文)
香港身份證號碼：..... 性別： 女 男
出生日期：..... 婚姻狀況：
聯絡電話：..... (住宅) (手機)
地址：.....

居住狀況

獨居 與家人同住 與配偶同住 其他

申請人有否接受綜合社會保障援助 (綜援) 有 沒有

已於公立醫院輪候時間： 0-12個月 多於12-24個月
 多於24-36個月 多於36個月

自我照顧能力： 獨立 部分依賴別人照顧
主要依賴別人照顧

是否有陪診安排，如有請填寫下列資料

陪診人姓名：.....
陪診人電話號碼：.....

文件透過以下方法交回

港安醫院慈善基金

郵寄地址：荃灣荃景圍199號港安醫院慈善基金

電郵：foundation@twah.org.hk 請註明「申請慈善白內障手術計劃」

傳真：2275 6417

電話：Whatsapp 6462 3292 

申請表格

由港安醫院慈善基金填寫
申請編號：
收表日期：

聲明

申請人：..... (姓名) 謹此聲明：

1. 上述所報稱及提供的資料全屬真確，並明白若資料與事實不符者，港安醫院慈善基金可保留權利停止處理本人之申請；
2. 本人授權港安醫院慈善基金在有需要的情况下，可向任何機構及人士查詢、索取及處理本人的個人資料。另外，本人明白倘申請資料有需要更改，必須即時通知港安醫院慈善基金；
3. 本人已出示足夠證明文件，並提交副本以便可盡快處理其申請及進行以及確定其申請內容之真確性。有關文件 (如適用) 包括本人及同住家人或親屬之：

- 香港永久性居民身份證
- 住址證明文件，如申請人未能提供，可由同住家人提供 (最近個月內發出，如水費、電費、煤氣費、政府部門或銀行發出的文件)
- 資產證明文件
- 綜援證明文件 (領取綜援人士適用)
非綜援人士需提交最近6個月內、申請人與同住家人所有入息及資產證明 (包括銀行帳戶月結單、股票、基金及保險等文件等)
- 眼科專科醫生發出患有白內障的轉介信、或公立醫院眼科
- 覆診預約紙 (申請人適用)

4. 填報及呈交的資料純屬自願性質。倘本人未能出示足夠申請證明文件，或提供虛假資料，本人申請將不會獲考慮；
5. 如本人蓄意提供虛假資料，港安醫院慈善基金保留一切法律的追究權利；

本人申明上述的資料正確無誤，並願意承擔因虛報而引致的法律責任。

申請人簽署


日期

慈善

金睛火眼慈善 白內障手術計劃 小腸氣手術計劃 心臟病計劃

HEALTH
CHECK-UP

 香港新界荃灣荃景圍199號
199 Tsuen King Circuit,
Tsuen Wan N.T.

 6462 3292

 foundation@twah.org.hk

 www.hkahf.org.hk



慈善小腸氣 (腹股溝疝氣) 手術

◆ 計劃詳情

- 為合資格的申請人提供
- 一次手術前檢查
- 腹股溝疝氣手術
- 手術後檢查

慈善 心臟病計劃(通波仔)

◆ 計劃詳情

- 為合資格的申請人提供
- 一次手術前檢查及評估
- 冠狀動脈介入治療術(通波仔)
- 手術後檢查

申請資格

- 香港永久性居民
 - 正領取綜援或通過入息及資產審查的低收入人士
 - 身體狀況穩定，如長期用藥物，須提供病歷報告
 - 須經慈善基金會審批
- 港安醫院慈善基金對所有申請均保留最終決定權。

港安醫院慈善基金成立於1999年。荃灣理事會於2016年成立後，與司徒拔道理事會分別透過轄下的基金和慈善計劃，協助香港及鄰近地區有經濟困難並需要醫療援助的人士。

金睛火眼 慈善白內障手術計劃

◆ 計劃詳情

- 一次手術前檢查
- 局部麻醉白內障切除手術
(日間手術、無需留院)
- 三次手術後檢查

