

金睛火眼 慈善白內障手術計劃

申請資格

- 年滿65歲或以上之香港永久性居民
- 正在公立醫院輪候，或經眼科醫生確診患有白內障
- 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

計劃查詢：6462 3292

名額有限，先到先得
此計劃只適用於指定醫生

捐助機構：

周大福

CHOW TAI FOOK

周大福醫療基金

Chow Tai Fook Medical Foundation

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



金睛火眼慈善白內障手術計劃

申請表格

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： <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
出生日期： _____	婚姻狀況： _____
聯絡電話： _____（住宅） _____（手機）	地址： _____ _____
居住狀況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與配偶同住 <input type="checkbox"/> 與家人同住 <input type="checkbox"/> 其他 _____	申請人有否接受綜合社會保障援助（綜援） <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有
已於公立醫院輪候時間：	<input type="checkbox"/> 0 - 12 個月 <input type="checkbox"/> 多於 12 - 24 個月 <input type="checkbox"/> 多於 24- 36 個月 <input type="checkbox"/> 多於 36 個月
自我照顧能力： <input type="checkbox"/> 獨立 <input type="checkbox"/> 部分依賴別人照顧 <input type="checkbox"/> 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

金睛火眼慈善白內障手術計劃

申請表格

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況下，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3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連續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

金睛火眼籌款行動
慈善白內障手術計劃 申請須知

1. 本計劃所提供的服務包括一次手術前檢查，局部麻醉白內障切除手術（日間手術、無需留院）連人工晶片植入，及三次手術後檢查
2. 申請人須為：
 - 年滿六十五歲或以上之香港永久性居民；
 - 正在公立醫院輪候，或經醫生確診患有白內障
 - 正領取綜援或通過入息及資產審查的低收入人士（根據撒瑪利亞基金經濟審查原則）
 - 身體狀況穩定，如長期用藥物，須提供病歷報告
3. 申請人須提供以下資料：
 - 香港永久性居民身分證副本
 - 申請人及同住家人最近三個月內的住址證明副本（如水、電、煤賬單等）
 - 綜援／低收入／高齡津貼證明文件
 - 非綜援人士：最近連續 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）
 - 眼科醫生信／耀眼行動信／政府排期紙
 - 如屬長期病患，例如高血壓、糖尿病等，需提供病歷報告
4. 申請方法：填妥申請表格，連同所需文件，電郵至 foundation@twah.org.hk；或 WhatsApp 至 6462 3292
5. 注意事項：
 - 本計劃只包括單焦距人工晶體鏡片。
 - 本計劃不適用於保險直接付款或保險索償。
 - 本計劃的手術於香港港安醫院一荃灣進行，並由指定眼科醫生主理。
 - 請確保申請表的全部所需部分已填妥並簽署，及遞交齊全文件。當提供此等個人資料時，請確保其真實性、完整性及準確性。
 - 如有需要，港安醫院慈善基金有權要求申請人提供進一步資料和證明文件。
6. 港安醫院慈善基金對所有申請均保留最終決定權。
7. 港安醫院慈善基金保留因應不同的原因更改、暫停、撤回或中止本計劃的最終決定權。