慈善計劃申請表格

轉介機構資料(如適用)

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：❒已婚 ❒其他
聯絡電話： _____（住宅） _____（手機）	地址：_____ _____ _____
欲申請之醫療項目： ❒白內障手術 ❒小腸氣手術 ❒心臟病計劃/手術 ❒影像診斷 ❒其他(請註明)：_____	
居住狀況： ❒ 獨居 ❒ 與配偶同住 ❒ 與家人同住 ❒ 其他 _____	申請人有否接受綜合社會保障援助 ❒ 綜援 ❒ 長者生活津貼 ❒ 傷殘津貼 ❒ 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 ❒ 沒有 ❒ 有（陪診人姓名：_____ 陪診人電話號碼：_____）	
如何得知本計劃？ [ ] 網上搜尋 [ ] 講座 [ ] 其他慈善機構/社工 [ ] 媒體報導 [ ] 曾參與者/親友介紹 [ ] 本會網站 [ ] 荃灣港安 / 關愛計劃 [ ] 其他：___	

文件透過以下方法交回港安醫院慈善基金

電話/Whatsapp：6462 3292

電郵：foundation@twah.org.hk (請註明「申請慈善計劃」)

郵寄地址：荃灣荃景圍 199 號 港安醫院慈善基金

傳真：2275 6417

慈善計劃申請表格

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／長者生活津貼／傷殘津貼證明文件
- ❑ 如無以上證明文件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）
- ❑ 醫生轉介信或公立醫院覆診預約紙（申請人適用）
  - ○ 申請影像診斷:公立醫院醫生轉介信
  - ○ 申請小腸氣/白內障手術/膝關節置換手術/其他申請：專科醫生轉介信/公立醫院專科覆診預約紙
- ❑ 如屬長期病患，請於申請時告之。

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