

聖保祿醫院頤康天地
St. Paul's Hospital Elderly Day Care Centre (EDCC)服務申請表
Application Form

(一) 申請人資料 Personal Particulars :

姓名 Name	中文 Chinese _____ 英文 English _____
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female
出生日期 D.O.B.	年Y 月M 日D
香港身份證號碼 H.K.I.D. No.	
婚姻狀況 Marital Status	<input type="checkbox"/> 獨身 Single <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 鰥寡 Widowed <input type="checkbox"/> 其他 Others (請註明 Please specify : _____)
所操方言 Dialect	<input type="checkbox"/> 廣東話 Cantonese <input type="checkbox"/> 其他 Others : _____
教育程度 Education	<input type="checkbox"/> 沒有 Nil <input type="checkbox"/> 小學 Primary <input type="checkbox"/> 中學 Secondary <input type="checkbox"/> 大專 Post-secondary <input type="checkbox"/> 大學 University
地址 Address	
聯絡電話 Contact Telephone No.	住址 Residential 手提 Mobile
經濟狀況 Financial Situation	<input type="checkbox"/> 退休金 Pension <input type="checkbox"/> 綜援金 CSSA <input type="checkbox"/> 高齡津貼 OAA
	<input type="checkbox"/> 傷殘津貼 DA <input type="checkbox"/> 長者生活津貼 OALA
	<input type="checkbox"/> 家屬供養 Family <input type="checkbox"/> 其他 Others : _____
居住狀況 Living Condition	<input type="checkbox"/> 獨居 Living alone <input type="checkbox"/> 與配偶同住 Living with spouse <input type="checkbox"/> 與子女同住 Living with children <input type="checkbox"/> 其他 Others : _____

(二) 緊急聯絡人資料 Emergency Contact Person

主要聯絡人 Principal Contact Person	姓名 Name	關係 Relationship
	地址 Address	
	電話 Tel. No.: 住宅 Residential	手提 Mobile
第二聯絡人 Second Contact Person	姓名 Name	關係 Relationship
	地址 Address	
	電話 Tel. No.: 住宅 Residential	手提 Mobile

(三) 服務需要概況 Services Requested

復康需要 Rehabilitation	<input type="checkbox"/> 基本復康運動及自理訓練 Basic exercise & ADL training <input type="checkbox"/> 個別 物理／職業／言語治療 Individual PT / OT / ST <input type="checkbox"/> 其他 Others: _____
護理需要 Nursing Care	<input type="checkbox"/> 服藥 Drug management <input type="checkbox"/> 傷口護理 Wound care <input type="checkbox"/> 失禁護理 Continence care <input type="checkbox"/> 其他 Others: _____
出席日子 Service Day	<input type="checkbox"/> 一 Monday <input type="checkbox"/> 二 Tuesday <input type="checkbox"/> 三 Wednesday <input type="checkbox"/> 四 Thursday <input type="checkbox"/> 五 Friday <input type="checkbox"/> 六 Saturday 每週出席日數 Days attended per week : _____
交通服務 Transportation	<input type="checkbox"/> 自行安排交通接送 by own transportation <input type="checkbox"/> 本中心安排交通接送 by EDCC's arrangement (上落車地點 Pick-up and Drop-off point : _____)

(四) 其他 Others

- 申請人可透過網上登記、郵寄、電郵或親身遞交「服務申請表」，並必須同時遞交「身體檢查報告書」。「身體檢查報告書」可於中心網站下載或聯絡中心職員安排領取；並由註冊西醫或本院 24 小時門診部醫生填寫。中心職員在收齊上述兩份文件後，會於七個工作天內與申請人、家屬或轉介職員聯絡。

Applicant can send the Application Form via website, mailing, email or by person to EDCC together with **Medical Examination Form** which must be completed by a registered medical officer or St. Paul's Hospital Outpatient Department. The Medical Examination Form can be downloaded from EDCC website or to contact EDCC staff to arrange collection. EDCC will contact applicant, carer or referring worker within 7 working days upon receive of these 2 documents.
- 申請人是否持有及使用「長者社區照顧服務券」參與中心服務：

Is Applicant a holder of Community Care Service Voucher for the Elderly and intend to receive Centre service with this voucher?

是 Yes (服務券編號 Voucher No. : _____)

否 No

申請人 / 家屬 / 轉介職員簽署* Signature of Applicant / Carer / Referring Worker*		與申請人關係 / 轉介機構名稱* Relationship with Applicant / Name of Referring Agency*	
姓名 (正階) Name in block letters	聯絡電話 Contact Telephone No.	日期 Date	

*請刪去不適用 Please delete whichever is inappropriate