**者安居協會**

**一線通平安鐘 慈善計劃申請表**

**申請須知：**

1. 本會保留慈善計劃審核之最終決定權；
2. **請按申請表內的要求，提供相關資料及經濟證明文件，否則會影響申請及審批工作之進度**；
3. 因應私隱條例之要求，**申請人必須簽署表格內之聲明** (即同意及明白協會對個人資料的使用)，否則可能導致本會無法處理申請、或向申請人提供服務；
4. 本會有權按慈善計劃的儲備狀況，或覆核後之使用者的近況，而決定延長、或即時終止豁免、或終止贊助使用者有關服務費用之期限，或轉介至其他合適的資助機構；
5. 有需要時本會將安排家訪，以更準確評估申請人或使用者的近況，並覆檢相關資格；
6. 成功獲得「一線通平安鐘™」服務費用豁免的使用者，均可能需接受捐款者、報章、雜誌之訪問，以讓大眾及捐款人了解基金及本會服務；
7. 本會審批時，將按申請人的每月入息及總資產是否超過所訂明的上限，而決定是否批出津助。**即獨居或單身申請人總資產不超過$ 401000、每月收入不多於$ 10710；及，夫婦申請人總資產不超過$ 608000、每月收入不多於$ 16330。**

*入息項目包括*(*但不限於*)*：薪金、長俸、子女供養、代聘請外傭* (*本會預設為每月$4630*)*、股票等相關收入、保險 (年金/每月獲得款項及紅利)、透過逆按揭每月獲得的款項、出租物業所得收入等等。*

*資產項目包括 (但不限於)：個人活期和定期存款、聯名戶口內的活期及定期存款、股票戶口內之結餘等等。*

1. **除遞交申請表外，申請人(及其配偶) 須同時遞交以下證明文件之副本**，即：

**-社會福利署發出予 長者生活津貼受惠人 或 綜合社會保障援助 (綜援) 受助人的「申請獲准通知書 / 調整援助金額通知書 / 醫療費用豁免證明書」予本會**。

1. **遞交申請方法:**

電郵： [cm\_dept@schsa.org.hk](mailto:cm_dept@schsa.org.hk)

Whatsapp： 5501 3691

傳真： 2306 1106

郵寄：香港九龍何文田愛民廣場2樓S2

長者安居協會 (慈善個案管理部 收)

1. 如有任何申請及審批之查詢，歡迎致電2952 1990，與本會 慈善個案管理部 職員聯絡。

**聯絡人／協辧人／填表人／轉介人 資料 （如適用）：**

|  |  |
| --- | --- |
| **姓名：** | **聯絡電話：** |
| **與申請人之關係：** | **機構名稱：** |
| **能否可用Whatsapp與本會聯系：** 　**可以** **不可以** | |
| **機構印鑑：**  (如適用) | |

**申請服務 (只能揀選一種)：**

|  |
| --- |
| 室內平安鐘 （需自備固網電話服務） **或**  智守護App (需自備智能手機) |

**申請人資料：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **中文姓名：** |  | **英文姓名：** |  |
| **出生日期：** |  | **性別：** | **男** **女** |
| **家居電話：** |  | **手提電話：** |  |
| **地址：** |  | | |
| **身份證號碼：** |  | **家居固網電話供應商：** |  |
| **現時有否聘請外傭：** | | **有** **沒有** | |
| **居住狀況：**  獨居  一位長者與子女／親友同住  雙老同住  雙老與子女／親友同住  其他，請註明： | | | |

**申請人經濟狀況：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **領取福利津貼類型：** | 綜合社會保障援助（綜援）  編號： | 高齡津貼（生果金） |
| 長者生活津貼 （普通） | 長者生活津貼 （高額） |
| 傷殘津貼 （普通） | 傷殘津貼 （高額） |
| 其他： | |
| **收入及資產情況**  (包括薪金、子女供養、退休金、租金、年金、長俸、代聛外傭費用等，詳見申請須知第7項） | 每月總收入：HK$ | 銀行存款結餘：HK$ |
| **每月主要支出** | 租金： | 差餉／管理費： |
| 膳食： | 醫療： |
| 交通： | 其他： |

**申請人健康狀況：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病歷：** | | | | | | | | | | | |
| 血壓高 | 高膽固醇 | 心臟病 | （ 服脷底丸 ／  **植入式醫療儀器，如起博器**） | | | | | | | | |
| 中風 （ 病發不超過3個月 ／ 影響  手或腳部活動能力  說話能力） | | | | | | | | | | | |
| 糖尿病 （ 需注射胰島素 ／ 影響  視力  下肢活動能力） | | | | | | | | | | | |
| 腎病 （ 須在 醫院洗血或洗肚 ／  家中洗肚） | | | | | | | | | | | |
| 柏金遜 | 痛症 | 痛風 | 關節炎 | | 類風濕關節炎 | | | 坐骨神經痛 | | |  |
| 骨質疏鬆 | 骨退化 | 耳水不平衡 | | 癌症： | | | | | | | |
| 視障 | （ 全失明 | 低視能 | | 青光眼 | | 白內障 | | | 視力退化） | | |
| 聽障 | （ 失聰 | 聽力退化 | | 需配帶助聽器 ） | | | | | | | |
| 呼吸道疾病 （是否需用氧氣機：  是  否  24小時配帶  噴劑） | | | | | | | | |  | | |
| 認知障礙症 （ 輕度  中度  嚴重) | | | | | |  | | |  | | |
| 其他疾病： | | | | | | | | | | | |
| **最近6個月曾有以下情況：** | | | | | | | | | | | |
| 跌倒： | (  家中 | 街外 ) | 暈倒： | | (  家中 | | 街外 ) | | |  | |
| 外出迷路 |  |  | 住院 | | (次數： ) | | | | | | |
|  |  |  |  | | (原因： ) | | | | | | |
| **自理能力：** | | | | | | | | | | | |
| 正常 | 勉強 | 部份協助 | 依賴他人 | |  | |  | | |  | |
| **行動／活動能力：** | | | | | | | | | | | |
| 自如 | 拐杖 | 助行架 | 手動輪椅 | | 電動輪椅 | | 長期卧床 | | |  | |
| **精神／心理狀況：** | | | | | | | | | | | |
| 正常 | 智力缺損 | 抑鬱症 | 情緒病 | | 其他 (請註明： ) | | | | | | |
| 過往曾有暴力 / 精神心理異常行為 (請註明： ) | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **個案簡述／申請原因／補充資料 (選擇性填寫)：** |

|  |
| --- |
| 本人 謹此聲明，所提交的資料及文件均真確無訛，亦明白及同意 貴會可向有關機構 (如：社會福利署、房屋署、房屋協會)查問或了解本人的資料，而所提供的資料只供 貴會作申請及評估慈善計劃之用。本人亦明白及同意如 貴會發現本人如有任何不實或呈報虛假資料， 貴會可隨時終止對本人的資助。  簽署： (可由協辧人 或 轉介人 代行)  日期：  如經電子表格形式遞交，只需按要求在欄目填上資料。一經遞交，即明白及同意本會上述的所有須知及條款。 |