

## 申請服務類別

 早期認知檢測\*註1 日間中心 到戶訓練 記憶訓練班 星期六興趣班 家居評估及諮詢

\*\*填寫以下資料前，請細閱本會之「個人資料收集聲明」(已登載於本會網頁 <https://www.hkada.org.hk/privacy-policy>)。閣下可按個人意願提供或拒絕提供個人資料，如未能提供所需資料，本會未必可以向閣下提供合適的服務。如有任何疑問，歡迎與本會職員聯絡。\*\*

## 服務使用者資料

姓名: \_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文) 性別: 男 / 女  
 電話: \_\_\_\_\_ 年齡: \_\_\_\_\_ 出生年份及月份: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
 住址: \_\_\_\_\_ (地區) \_\_\_\_\_ (街道/屋苑名稱) \_\_\_\_\_ (大廈名稱/座數)  
 教育程度:  從未接受教育  小學  中學  大學 所操語言: \_\_\_\_\_  
 居住狀況:  獨居  與家人同住 (請註明: \_\_\_\_\_)  
 會否持有及使用「長者社區照顧服務券」參與本會服務:  會  否  
 有否正接受政府援助:  綜援  長者生活津貼  其他 (請註明: \_\_\_\_\_)  
 是否需要用輪椅:  是  否 是否已確診認知障礙症:  是 (確診年份: \_\_\_\_\_)  否  
 曾否使用本會服務:  有 (請註明: \_\_\_\_\_)  否

## 聯絡人資料

姓名: \_\_\_\_\_ 與患者關係: \_\_\_\_\_ 聯絡電話: \_\_\_\_\_  
 通訊地址: \_\_\_\_\_  
 電郵地址: \_\_\_\_\_

\*若主要照顧者與上列聯絡人不同，請填寫以下項目：

主要照顧者姓名: \_\_\_\_\_ (中文) 聯絡電話: \_\_\_\_\_ 與患者關係: \_\_\_\_\_

照顧者覺得在照顧患者方面所承受壓力程度分數 (1-10分; 1分表示極少、10分表示極大): \_\_\_\_\_  
 從何得知本會服務?  網上平台  海報/單張  醫生或機構轉介 (請註明: \_\_\_\_\_)  其他

## 個人資料收集聲明

本人於提供上述資料予香港認知障礙症協會(下稱協會)前，已細閱該會的「個人資料收集聲明」，明白並同意相關內容。另外，協會就本人提供上述資料將有可能作下列用途，本人的意願如下：(請別選適合空格)

同意 /  不同意協會使用我的個人資料作發送該會服務及教育資訊之用。

同意 /  不同意協會使用我的個人資料作籌款推廣之用。

簽署: \_\_\_\_\_ 姓名: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

就上述意願有任何更新，請隨時致電 2338 1120 或 電郵至 [headoffice@hkada.org.hk](mailto:headoffice@hkada.org.hk) 與職員聯絡。

\*註1：早期認知檢測服務，可於智康中心及芹慧中心進行，請填妥表格後，郵寄或傳真至總部；  
 其他的服務申請，請填妥表格後，連同患者的醫生證明信副本(如有)，郵寄或傳真至所申請中心。

總部：	九龍橫頭磡邨宏業樓地下	電話: 2338 1120	傳真: 2338 0772
智康中心：		電話: 2338 2499	
芹慧中心：	香港灣仔皇后大道東282號鄧肇堅醫院社區日間醫療中心一樓	電話: 3553 3650	傳真: 3553 3653
將軍澳綜合服務中心：	新界將軍澳翠林邨秀林樓3樓321-326號	電話: 2778 9728	傳真: 2778 9080
李淇華中心：	新界荃灣永順街38號海灣花園商場地下11-20號	電話: 2439 9095	傳真: 2439 9310
到戶訓練/ 家居評估及諮詢：			