

申請服務類別

 早期認知檢測 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
 *只適用於申請「早期檢測服務」會否持有及使用「醫療券」: 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: (請剔選適合空格)

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 與職員聯絡。

填妥表格後, 請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

智康中心	: 九龍橫頭磡邨宏業樓地下	電話: 2338 2499	傳真: 2338 0772
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			