



# 博愛醫院緊急援助金

## 填寫個案申請/轉介表需知

### 一) 目標及宗旨

- ※ 凡居於香港居民身處於危難境況並有急切需要金錢或物資援助的受助者。
- ※ 援助因各種意外而喪失生命人士之家庭，而其家人因該等人士喪生而造成經濟困難者。
- ※ 援助獨居老人而其處境處於危機情況者。
- ※ 援助因意外致個人身體傷殘而需要緊急購買各項輔助器材之人士。
- ※ 本基金只作短暫性緊急援助。

### 二) 申請途徑

- ※ 透過志願福利機構、社會福利署、地區團體、傳媒機構、熱心人士界定為需要協助者並作出轉介。
- ※ 申請人自行提交申請。
- ※ 填妥個案轉介表並提交各項證明文件。

### 三) 援助方式

- ※ 現金援助 — 由轉介者或案主提出擬申請之金額，由本院職員就案主所需作出審批建議，並提交董事局作最終審批。
- ※ 物資援助 — 由轉介者或案主提出擬申請購買之項目，由本院職員就案主所需作出審批建議，並提交董事局作最終審批。有關項目需最少取得三間公司報價

### 四) 填寫個案轉介表需注意事項

甲部 請按所需選擇現金或物資援助

乙部 (一) 請填妥所列資料。案主之身份應為緊急援助金受惠者。

(二) 倘家中有親人逝世而與是次申請有關的，請同時把其資料填妥，並註明逝世日期及原因。

(三) 倘案主非處理是次申請者，請提供聯絡人資料。

丙部 (一) 請詳列個案背景及案主要求援助原因。

(二) 請就案主所需計算要求援助金額及項目，該項要求將交予緊急援助金管理委員會審批。為節省申請時間，請盡量仔細列明要求項目並計算清楚。

丁部 請填妥轉介人或機構資料

戊部(一、二) 請填報轉介者與案主或其聯絡人之接觸次數

(三) 請清楚列明案主/親屬/聯絡人已獲得之幫助及該等幫助之形式/項目。

(四) 倘個案已轉介往其他機構，請列明。

(五) 請填妥案主有否參加社會福利署推行之綜合社會保障援助計劃。

為節省申請時間，請於遞交申請表時一併隨附有關證明文件如：銀行存摺、單據、保險單或其他可證明案主家人財政狀況之有效文件。 五) 發放援助程序 本院接獲申請後，將與案主、其聯絡人或其轉介者聯絡，就個案作出調查，有需要時，本院將進行家訪。本院將就案主之需要發放緊急援助金，金額將由負責職員建議並由緊急援助金管理委員會審批

保密文件



表格一

## 博愛醫院緊急援助金

檔案編號： \_\_\_\_\_  
接案日期： \_\_\_\_\_  
(只由本院填寫)

### 個案申請/轉介表

#### 甲部

申請援助方式： 現金援助 物資援助

#### 乙部

##### (一) 案主資料

姓名(中文)： \_\_\_\_\_ (英文)： \_\_\_\_\_

性別： \_\_\_\_\_ 年齡： \_\_\_\_\_ 出生日期： \_\_\_\_\_ 身份證號碼： \_\_\_\_\_

住址： \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_ 所操方言： \_\_\_\_\_ 籍貫： \_\_\_\_\_ 婚姻狀況： \_\_\_\_\_

教育程度： \_\_\_\_\_ 宗教： \_\_\_\_\_ 職業： \_\_\_\_\_ 收入/經濟來源： \_\_\_\_\_

##### (二) 家庭狀況

姓名	與案主關係	年齡	職業	月薪	是否與案主同住	備註

##### (三) 案主聯絡人資料(如適用)

姓名： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_ 年齡： \_\_\_\_\_ 與案主之關係： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_

## 丙部

(一) 案主要求援助原因

---

---

---

---

---

---

---

(二) 案主要求援助項目

要求 \*物資/現金 項目：

---

---

## 丁部

轉介人/機構

轉介人/機構名稱：\_\_\_\_\_

地址：\_\_\_\_\_

個案工作員：\_\_\_\_\_ 職位：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 傳真號碼：\_\_\_\_\_

## 戊部

轉介人 / 機構已提供之服務

(一) 與案主接觸

\_\_\_\_\_次電話聯絡

\_\_\_\_\_次家訪

\_\_\_\_\_次面談

(二) 與案主親屬/聯絡人接觸

\_\_\_\_\_次電話聯絡

\_\_\_\_\_次家訪

\_\_\_\_\_次面談

(三)案主或其親屬/聯絡人所獲得的援助

發放機構	發放項目	(預計)發放日期	備註

(四)有否轉介往其他機構

- 有 - 機構名稱：\_\_\_\_\_
- 否

(五)案主及/或其家屬是否正接受社會福利署綜合社會保障援助

- 有 -每月領取金額：\_\_\_\_\_
- 綜援金未能配合案主是次緊急需求的原因：\_\_\_\_\_
- 正在申請中，預計批出日期及金額為\_\_\_\_\_
- 否

(六)申請者有/否精神科及傳染病記錄，如有請註明：\_\_\_\_\_

轉介人已獲申請者同意將有關個人資料轉交予本院基金及向申請者清楚解釋本基金服務宗旨及申請內容。

轉介人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

申請人同意將個人資料交予本院緊急援助金作申請用途和確實無誤，清楚明白本基金宗旨及申請內容。

申請人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

**有關個人資料(私隱)條例**

收集資料的目的

本表格所收集之資料及申請人 / 轉介人口頭提供之資料將用作處理本院緊急援助金之申請。

資料轉交

為作上文所述用途，本院可能會把有關資料提供予有需要知悉之人士。倘有需要把申請人資料進一步向外透露以推廣及宣傳本院緊急援助金，本院將事先徵得申請人之同意。

查閱個人資料

申請人有權要求查閱或更正其個人資料。

查詢

博愛醫院緊急援助金秘書處 -

地址: 新界元朗鳳翔路 5 號偉發大廈地下 6-11 號

電話號碼: 2476 2227

傳真號碼: 2476 9303