

保密文件



博愛醫院緊急援助金
個案申請表格

檔案編號：_____
接案日期：_____
(只由本院填寫)

甲部：個人資料

(一) 申請人資料

姓名(中文)：_____ (英文)：_____

性別：_____ 年齡：_____ 出生日期：_____ 身份證號碼：_____ ()

住址：_____ 電話：_____

婚姻狀況：_____ 職業：_____ 收入/經濟主要來源：_____

(二) 同住家庭成員經濟狀況 (如有需要，請另紙書寫)

姓名	與申請人關係	年齡	職業	每月收入	個人資產	備註

(三) 申請者有/否殘疾、精神科及傳染病記錄，如有請註明：_____

乙部：申請詳情

(一) 申請人要求援助原因 (如有需要，請另紙書寫)

(二) 申請人要求援助項目及金額

丙部：現所獲支援情況

(一) 申請人或其家屬/所獲得的援助

發放機構	發放項目	(預計)發放日期	備註

(二) 申請人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

本人申請人，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，並明白凡蓄意提供虛假資料或漏報資料，除可導致本人喪失申請援助的資格，並有可能觸犯法例，需負上刑事責任。本基金保留最終決定權。

申請人簽署：_____ 日期：_____

丁部：轉介人/機構資料(如適用，請填寫)

轉介機構名稱：_____

地址：_____

個案工作員：_____ 職位：_____

聯絡電話：_____ 電郵地址：_____

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：_____

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。

查詢及索取申請表格

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 電郵地址: erf@pokoi.org.hk

緊急援助金網址: <https://www.pokoi.org.hk/service/relieffund/emergencyrelieffund/>

