香港失明人協進會

**與「視」同行社區支援計劃**

服務申請表格

**申請人資料**

姓名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (英文) 性別:\* 男 / 女

出生日期 : \_\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_日 身份證號碼 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( ) 電話 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

地址 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*退休／待業／【在學／就業(現職或視障前), 請列明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_】

身體其他疾病，需定期跟進：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

同住家人（人數）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

緊急聯絡人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申請人的背景資料：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**申請服務項目 (請於□內填上🗸號)**

□**「再上光明路」支援服務 (新失明人士支援服務)**

視障原因或眼疾：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

失明時期及程度：由\_\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_\_月起，\*全失明／部份視力受損

視力或視野範圍：左眼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 右眼：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ **生活環境適應服務**

□**「視」事急先鋒支援服務**

□ 陪診服務

 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 請列明：由\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(地點) 往\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(目的地)

□ 外出辦事

 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_請列明：由\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(地點) 往\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(目的地)

□ 家居支援服務 (請列明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

填表人姓名 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 聯絡電話 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_與申請人關係 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_所屬機構：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

請將填妥之表格，連同有關的視力證明文件，電郵至sc@hkbu.org.hk或 傳真至2762 1635或

郵寄回本會服務中心，信封面請註明【申請與「視」同行社區支援計劃】 \* 請刪去不適用者