# 仁德之光 – 社工轉介信

**(中醫醫療慈善援助計劃 CMS Scheme)**
(仁德之光為註冊中醫醫療慈善機構 - 稅局檔案編號：91/10267)

**SAMPLE 樣本**

**For office use only 此欄由本會填寫**
接納申請：___是 / 否___ 經手人：_____
日期：_____ 備註：_____

仁德之光是一個專為基層低收入病者提供中醫醫療援助服務的慈善團體，**申請人須同時乎合以下條件:**

☑ 申請人符合低收入人士定義（見附件一） 及

☑ 經社工評估後，申請人屬經濟困難及有需要是項中醫醫療慈善援助計劃內的服務；

申請若獲得接納，將可在本會轄下診所獲批6至12個月的中醫醫療慈善援助計劃，有關內容可參閱附件。

## * 個人 / 家庭 申請者資料：

新申請個案 / 續期* (* 請刪除不適用者)

| | 申請者姓名 (中文) | 身分證號碼 | | 性別 | 年齡 | 聯絡電話 | 地址 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 陳大文 | A123456(7) | | 男 / ~~女~~ | 50 | 9111 1111 | |
| | 其他欲一併轉介之同住家庭成員姓名 (中文) | 與申請人關係 | 身分證號碼 | 性別 | 年齡 | 聯絡電話 | |
| 2 | 李雙雙 | 夫妻 | B123456(7) | ~~男~~ / 女 | | 9222 2222 | |
| 3 | 陳小明 | 父子 | C123456(7) | 男 / ~~女~~ | | 9333 3333 | |
| 4 | | | | 男 / 女 | | | |

| | 是否有任何長期病患(如有，請列明) | 是否有任何中藥或西藥藥物過敏(如有，請列明) |
|---|---|---|
| 1 | 糖尿病 | 無 |
| 2 | 高血壓、慢性腎衰竭 | 無 |
| 3 | 無 | 無 |
| 4 | | |

1) 申請家庭每月總入息: $ 14,000 2) 家庭住戶人數： 3

3) 是否有領取綜援: 是 / 否

備註：(可簡略提及申請人背景以助審批)

申請人為領取綜援家庭，但因特別考慮到…… 因此仍決定提交此個案轉介

**收集個人資料聲明 Personal Information Collection Statement**
個人資料將只會作為病人審批、建立病歷檔案用及聯絡之用。只有仁德之光的職員才能處理有關資料。一切資料均會保密。所有個案轉介申請，仁德之光保留接納申請與否的最終決定權。

**申請人簽署：_____ __(第 1 申請人簽署)_ _____ 日期：__22/04/2021___ _____**

## 轉介社工及機構：

社工姓名： 張仁德 所屬機構／單位： 仁德綜合家庭服務中心

機構／單位地址： 柴灣仁德街998號仁德中心地下

聯絡電話： 21111111 傳真： 23333333 電郵： sw@lor.org.hk

機構／單位主任姓名： 李愛心 機構／單位主任簽署： (主任簽署)

日期： **_22/04/2021__** 機構／單位蓋印：_____(單位蓋印)_____

**請填妥本轉介信後 傳真至2556 2878 或寄回 至：仁德之光中醫診所辦事處 (查詢電話：2556 2336)**

**傳真：2556 2878** **地址：香港柴灣興華(二)村安興樓712號舖**