



仁濟醫院
Yan Chai Hospital

仁濟緊急援助基金轉介表
Referral Form for Yan Chai Emergency Assistance Relief Fund

保密文件 *Confidential*

地址：荃灣仁濟街 7-11 號仁濟醫院 C 座 10 樓

Address: 10/F, Block C, Yan Chai Hospital, 7-11 Yan Chai Street, Tsuen Wan

電話 Tel : 8100 7711 傳真 Fax : 2412 0245

1. 申請人資料 Particulars of Applicant

姓名 <i>Name</i>	香港身份證號碼/身份證明文件號碼 <i>HKID Card No. / Document No.</i>
出生日期 (日/月/年) <i>Date of Birth (dd/mm/yy)</i>	性別 <i>Sex</i> <input type="checkbox"/> 男 <i>Male</i> <input type="checkbox"/> 女 <i>Female</i>
職業 <i>Occupation</i>	每月收入 <i>Monthly Income</i>
婚姻狀況 <i>Marital Status</i> <input type="checkbox"/> 單身 <i>Single</i> <input type="checkbox"/> 已婚 <i>Married</i> <input type="checkbox"/> 同居 <i>Cohabited</i> <input type="checkbox"/> 分居 <i>Separated</i> <input type="checkbox"/> 離婚 <i>Divorced</i> <input type="checkbox"/> 鰥寡 <i>Widowed</i>	健康狀況 <i>Health Condition</i>
住宅電話 <i>Home Telephone No.</i>	手提電話 <i>Mobile No.</i>
住址 <i>Residential Address</i>	

2. 家庭成員 Particulars of Family Member (如空間不足，請加附頁 *If space is insufficient, please use a separate sheet*)

姓名 <i>Name</i>	身份證明 文件號碼 <i>Document No.</i>	與申請人關係 <i>Relationship with Applicant</i>	年齡 <i>Age</i>	職業 <i>Occupation</i>	每月收入 <i>Monthly Income</i>	與申請人同住? <i>Whether Residing with Applicant?</i>	備註 <i>Remarks</i>
						<input type="checkbox"/> 是 <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> 否 <i>No</i>	
						<input type="checkbox"/> 是 <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> 否 <i>No</i>	
						<input type="checkbox"/> 是 <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> 否 <i>No</i>	
						<input type="checkbox"/> 是 <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> 否 <i>No</i>	
						<input type="checkbox"/> 是 <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> 否 <i>No</i>	
						<input type="checkbox"/> 是 <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> 否 <i>No</i>	

3. 經濟援助 Financial Assistance (如空間不足，請加附頁 *If space is insufficient, please use a separate sheet*)

在最近 6 個月以來，申請人及其家庭成員從政府或非政府機構獲得的經濟援助 *Financial assistance received by applicant and family member(s), which provided by government or non-governmental organization(s) in the past 6 months*

撥款機構名稱 <i>Name of Organization(s)</i>	援助內容 <i>Content of Assistance</i>	援助金額 <i>Amount of Assistance</i>	援助時期 <i>Period of Assistance</i>	受助者姓名 <i>Name of Recipient(s)</i>

4. 家庭背景 Family Background (如空間不足，請加附頁 *If space is insufficient, please use a separate sheet*)

5. 申請項目 Applications Items

請填寫申請銀碼及在括號內寫上用途 *Please specify the amount of assistance and state the use of purpose in bracket(s)*

<input type="checkbox"/> 生活援助 <i>Subsistence Assistance</i>	\$ _____ (_____)	<input type="checkbox"/> 租金援助 <i>Rental Assistance</i>	\$ _____ (_____)
<input type="checkbox"/> 殮葬援助 <i>Funeral Assistance</i>	\$ _____ (_____)	<input type="checkbox"/> 教育援助 <i>Education Assistance</i>	\$ _____ (_____)
<input type="checkbox"/> 醫療援助 <i>Medical Assistance</i>	\$ _____ (_____)	<input type="checkbox"/> 復康援助 <i>Rehabilitation Assistance</i>	\$ _____ (_____)
<input type="checkbox"/> 災難援助 <i>Disaster Assistance</i>	\$ _____ (_____)	<input type="checkbox"/> 家居援助 <i>Household Assistance</i>	\$ _____ (_____)
<input type="checkbox"/> 其他 <i>Others</i>	\$ _____ (_____)		

6. 轉介原因 Reason for Referral (如空間不足，請加附頁 *If space is insufficient, please use a separate sheet*)

7. 轉介機構 Referring Agency

機構及辦事處名稱 <i>Name of Agency & Office</i>	職銜 <i>Position</i>
推薦人姓名 <i>Name of Recommending Officer</i>	電話 <i>Telephone No.</i>
地址 <i>Correspondence Address</i>	
傳真 <i>Fax No.</i>	簽署及印鑑 <i>Signature & Chop</i>
日期 <i>Date</i>	

填妥後的表格可經傳真或郵寄方式交回。本基金收到後，當盡快聯絡申請人。
Completed form can be submitted by fax or post. Applicant will be contact shortly after the form has been submitted.