

## 循道衛理楊震社會服務處

## 「畫出一片天」-自閉症人士支援中心



## 服務申請表

個案編號：\_\_\_\_\_

會員編號：\_\_\_\_\_

## 申請須知：

1. 未滿 18 歲的申請者須取得家長/監護人的同意後方可申請；
2. 申請者不能同時參加由其他自閉症人士支援中心提供的個案服務；
3. 社工會約見合資格的申請人及其家長/監護人，以了解其服務需要；
4. 「畫出一片天」-自閉症人士支援中心對於接納申請與否保留最終決定權。

# 請在適合的空格內加上「✓」。

姓名：\_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文) 性別：\_\_\_\_\_

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

地址：(中文) \_\_\_\_\_

(英文) \_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 電郵：\_\_\_\_\_

就讀學校 / 受訓中心名稱：\_\_\_\_\_ 職業 / 工作經驗：\_\_\_\_\_

婚姻狀況：#  未婚  同居  已婚  分居  離婚  鰥寡  再婚

緊急事故聯絡人：(必須為申請人之直系親屬)

姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

家庭狀況：

姓名	關係	職業	年齡	備註
1				
2.				
3				
4				

請問申請者是否確診自閉症人士（請在合適的方格上加上「✓」）：

是（請提交診斷及智能評估報告副本）  否

智力程度：\_\_\_\_\_ 評估日期：\_\_\_\_\_

請問你或你的家人曾否接受其他機構之服務？

沒有  有，何種服務(可✓多項)

- |                                 |            |          |
|---------------------------------|------------|----------|
| <input type="checkbox"/> 輔導服務   | 機構名稱：_____ | 何時：_____ |
| <input type="checkbox"/> 臨床心理服務 | 機構名稱：_____ | 何時：_____ |
| <input type="checkbox"/> 精神科診所  | 機構名稱：_____ | 何時：_____ |
| <input type="checkbox"/> 教育局    | 機構名稱：_____ | 何時：_____ |
| <input type="checkbox"/> 社會福利署  | 機構名稱：_____ | 何時：_____ |
| <input type="checkbox"/> 其他     | 機構名稱：_____ | 何時：_____ |

職能提升及就業服務

人際關係

獨立生活訓練

項)

社區共融

個人健康

其他：\_\_\_\_\_

所需要

申請之

服務

(可✓

多於一

**本人已參閱、明白並同意「個人資料(私隱)條例資料搜集通知書」之內容。**

- (同意請✓) 本人同意所提供的個人資料如姓名、電話及郵寄地址可用作郵寄宣傳資訊、活動推廣、培訓課程及收集意見等用途。

**請問申請者是否現正接受其他自閉症人士支援中心的個案服務：**

是  否

申請人簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

家長 / 監護人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

# 未滿 18 歲的人士 / 精神上無行為能力人士，須由家長或監護人簽署

請將填妥之申請表，連同評估報告副本(如有)，透過傳真、電郵、郵寄或親身遞交至  
循道衛理楊震社會服務處「畫出一片天」-自閉症人士支援中心：

傳真：2748 0016 電郵：spa@yang.org.hk

地址：九龍灣宏開道 16 號德福大廈 1408 及 1411 室