



澳門特別行政區政府
社會工作局
GOVERNO DA RAEM
INSTITUTO DE ACÇÃO SOCIAL

社會互助廳 康復服務處
日間康復服務配置申請表
(A-FII 表)

收件印

申請人基本資料			
姓名：(中文)		姓名：(外文)	
性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期： 年 月 日	出生地：	
證件類別： <input type="checkbox"/> 澳門特區居民身份證 <input type="checkbox"/> 其他(註明)		編號：	
婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居或離婚 <input type="checkbox"/> 鰥寡		醫療咭編號：	
地址：			
聯絡電話：住宅		手提電話	
殘疾類別(可多選)：			
<input type="checkbox"/> 視覺障礙	<input type="checkbox"/> 聽覺障礙	<input type="checkbox"/> 語言障礙	
<input type="checkbox"/> 智能障礙	<input type="checkbox"/> 精神障礙	<input type="checkbox"/> 肢體障礙	
<input type="checkbox"/> 其他(請註明)			
居住狀況：			
<input type="checkbox"/> 與家人同住	<input type="checkbox"/> 獨居	<input type="checkbox"/> 院舍	<input type="checkbox"/> 其他情況(請註明)
申請人之親友或監護人的聯絡資料*			
姓名：(中文)		姓名：(外文)	
關係：	聯絡電話：住宅	手提電話	
地址：		簽署：	
		日期： / /	
*申請人之親友或監護人聯絡資料：為輔助或協助聯絡申請人使用本服務的相關人士之資料。			
附交文件			
<input type="checkbox"/> 身份證明文件副本 (必須提交)		<input type="checkbox"/> 曾進行之康復/健康評估資料	
<input type="checkbox"/> 健康證明文件		<input type="checkbox"/> 其他(請註明)	
附註			
轉介安排			
<input type="checkbox"/> 康復服務設施		<input type="checkbox"/> 康復服務綜合評估中心	
設施名稱： _____		<input type="checkbox"/> 康復服務處	
設施聯絡人姓名： _____		<input type="checkbox"/> 其他(請註明)： _____	
聯絡電話： _____			
設施負責人簽署及蓋章：			
日期： / /		日期： / /	

康復服務處 地址：巴掌圍斜巷19號南粵商業中心十一樓 電話：83997774 傳真：28355161, 28330315

綜合評估中心 地址：關關馬路25路利達新邨第二座二樓 電話：84905902, 84905911 傳真：28403374

辦公時間：星期一至星期四 (09:00 - 13:00, 14:30 - 17:45) 星期五 (09:00 - 13:00, 14:30 - 17:30)