



## 長期照顧服務 服務申請轉介表

轉介單位名稱：\_\_\_\_\_

檔案編號：\_\_\_\_\_

社會工作局長者服務處專用

檔案編號：DI-\_\_\_\_\_

受津助安老院舍

日間護理中心

申請人姓名：(中文) \_\_\_\_\_ (外文) \_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 年齡：\_\_\_\_\_ 性別： 男  女

澳門居民身份證編號：\_\_\_\_\_ 國籍：\_\_\_\_\_

婚姻狀況： 未婚  已婚  鰥寡  離婚  其他：\_\_\_\_\_

使用語言： 廣州話  普通話  葡文  英文  其他：\_\_\_\_\_

教育程度： 從未入學  小學  初中  高中  
 大專或以上  特殊教育  其他：\_\_\_\_\_

居住地址：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

居住狀況： 獨居  與配偶同住  與配偶及子女同住  
 與子女同住  與其他人同住：\_\_\_\_\_

每月收入來源：

個人儲蓄/投資 MOP\$ \_\_\_\_\_  退休金 MOP\$ \_\_\_\_\_  
 家人供養 MOP\$ \_\_\_\_\_  親友資助 MOP\$ \_\_\_\_\_  
 供款性社會保障 MOP\$ \_\_\_\_\_  社會工作局援助金 MOP\$ \_\_\_\_\_  
 敬老金 MOP\$ \_\_\_\_\_  其他：\_\_\_\_\_ MOP\$ \_\_\_\_\_

總金額：MOP\$ \_\_\_\_\_

健康情況：已確知診斷（現時仍需醫療監察，包括跟進覆診或服藥）

中風  失智症  柏金遜症  高血壓  糖尿病  心臟病  
 眼疾(白內障、青光眼)  骨質疏鬆  慢性氣管疾病  關節炎  
 腎衰竭  肺結核  精神病  腫瘤  其他：\_\_\_\_\_

備註：\_\_\_\_\_

行動能力：

能獨立行動，不須使用助行器  使用輔助工具後，能獨立行動  
 行動困難，須使用助行器（使用助行器種類： 手杖  步行叉  步行架  輪椅）  
 臥床

行為問題：

有（ 遊走  暴力行為  情緒  叫喊  其他：\_\_\_\_\_）  
 沒有

與案主同住之家庭成員資料：

姓名	年齡	性別	與案主關係	婚姻狀況	現職	每月收入	備註

聯絡人姓名：\_\_\_\_\_

與申請人關係：\_\_\_\_\_

居住地址：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

申請服務原因：

---

---

---

備註：

---

---

---

申請人/聯絡人簽署：\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

遞交文件： 澳門居民身份證副本乙份

醫生證明文件副本乙份

地址單影印本

其他：\_\_\_\_\_

轉介機構名稱：\_\_\_\_\_

轉介者姓名（正楷）：\_\_\_\_\_

職位：\_\_\_\_\_

轉介者簽署：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

單位主管姓名（正楷）：\_\_\_\_\_

職位：\_\_\_\_\_

單位主管簽署：\_\_\_\_\_

轉介日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

注意： 在遞交本服務申請轉介表前，轉介單位需要根據第 8/2005 號法律《個人資料保護法》的規定，將移轉資料一事告知資料當事人。