



心靈雞湯慈善基金會

家庭自強計劃申請表

第一部分 - 基本資料

I. 申請人（家長）基本資料

姓名：		性別：		申請人年齡：	
婚姻狀況：		教育程度：		出生日期： (日/月/年)	
出生地點：		來港年份： (*如非香港出生)		母語：	
聯絡電話：		住址：			
申請服務： (請在方格內 打「✓」) *可選多項	<input type="checkbox"/> 食物援助 <input type="checkbox"/> 網上學習支援 <input type="checkbox"/> 情緒支援 <input type="checkbox"/> 親子管教支援 <input type="checkbox"/> SEN 訓練 <input type="checkbox"/> 其它需要 請列明：_____		房屋類型： (請在方格內 打「✓」)	<input type="checkbox"/> 劏房 <input type="checkbox"/> 村屋 <input type="checkbox"/> 天台屋 <input type="checkbox"/> 共居／過渡性房屋 <input type="checkbox"/> 公共房屋 <input type="checkbox"/> 其它_____	

II. 家庭經濟狀況

家庭每月收入情況	
收入項目	金額 (港幣)
每月基本薪金總和	
綜合社會保障援助	
傷殘津貼／高齡津貼	
福利援助	在職家庭津貼 (全／半津)
	其他津貼 (請註明：_____)
其他收入 (請註明，例如：贍養費、投資等等)	
每月家庭總收入 = \$	

家庭每月支出情況	
支出項目	金額 (港幣)
住屋租金	
食物	
交通費	
雜費 (水電煤、電話、上網、日用品等等)	
其他支出項目 (請註明：_____，例：補習費、欠債還款等)	
每月家庭總支出	= \$

第二部分 - 家庭成員基本資料

基本資料	家庭成員 # 1	家庭成員 # 2	家庭成員 # 3	家庭成員 # 4
與申請人關係：	申請人			
姓名：				
性別：				
國籍：				
年齡：				
出生日期： (日/月/年)				
出生地點：				
來港年份： (*如非香港出生)				
聯絡電話：				
職業： (如學生請填寫 「學生」及就讀年級)				
就讀學校名稱： (只適用於學生)				
工作狀況： (全職/兼職/散工/待業/ 其它)				
其它個人需要：				

第三部分 - 家庭成員健康狀況及個人需要

I. 申請人（家長）的健康狀況及個人需要

健康狀況：	如有下列狀況，請在方格內打✓：（*可選多項） <input type="checkbox"/> 長期病患，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 身體殘疾 <input type="checkbox"/> 情緒病／精神病，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 曾有自殘 / 自殺念頭 <input type="checkbox"/> 其它 （請註明：_____）		
診斷情況：	<input type="checkbox"/> 懷疑 <input type="checkbox"/> 已確診 <input type="checkbox"/> 正接受治療		
確診地點：		確診年份：（如有）	
過往/現接受服務之機構： （請由最近期開始列明）	期間（MM/YY - MM/YY）	服務機構名稱	服務類型
其它健康需要：			

II. 其他家庭成員（*由年齡大開始填寫；如有需要，請自行加印下頁。）

家庭成員 #2 健康狀況：	如有下列狀況，請在方格內打✓：（*可選多項） <input type="checkbox"/> 長期病患，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 身體殘疾 <input type="checkbox"/> 情緒病／精神病，請註明：_____ <input type="checkbox"/> 曾有自殘 / 自殺念頭 <input type="checkbox"/> 其它 （請註明：_____）		
診斷情況：	<input type="checkbox"/> 懷疑 <input type="checkbox"/> 已確診 <input type="checkbox"/> 正接受治療		
確診地點：		確診年份：（如有）	
過往/現接受服務之機構： （請由最近期開始列明）	期間（MM/YY - MM/YY）	服務機構名稱	服務類型
其它健康需要：			

家庭成員 #4 健康狀況：	如有下列狀況，請在方格內打✓：（*可選多項） <input type="checkbox"/> 長期病患，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 身體殘疾 <input type="checkbox"/> 情緒病／精神病，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 曾有自殘 / 自殺念頭 <input type="checkbox"/> 其它 （請註明： _____）		
診斷情況：	<input type="checkbox"/> 懷疑 <input type="checkbox"/> 已確診 <input type="checkbox"/> 正接受治療		
確診地點：		確診年份：（如有）	
過往／現接受 服務之機構： （請由最近期開始列 明）	期間（MM/YY - MM/YY）	服務機構名稱	服務類型
其它健康需要：			

家庭成員 #4 健康狀況：	如有下列狀況，請在方格內打✓：（*可選多項） <input type="checkbox"/> 長期病患，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 身體殘疾 <input type="checkbox"/> 情緒病／精神病，請註明： _____ <input type="checkbox"/> 曾有自殘 / 自殺念頭 <input type="checkbox"/> 其它 （請註明： _____）		
診斷情況：	<input type="checkbox"/> 懷疑 <input type="checkbox"/> 已確診 <input type="checkbox"/> 正接受治療		
確診地點：		確診年份：（如有）	
過往／現接受 服務之機構： （請由最近期開始列 明）	期間（MM/YY - MM/YY）	服務機構名稱	服務類型
其它健康需要：			

第四部分 - 轉介社工資料 (*如適用)

社工所屬機構及單位：	
社工姓名：	
社工聯絡電話及電郵：	
跟進年期：	
已提供的服務：	
轉介原因：	

轉介社工簽署： _____

填寫日期： _____

第五部份 - 附加文件

申請所需文件	<input type="checkbox"/> 各家庭成員身份證明文件 <input type="checkbox"/> 各家庭成員最近 3 個月銀行月結單 <input type="checkbox"/> 綜援文件(如有) <input type="checkbox"/> 評估報告 / 醫生轉介信 <input type="checkbox"/> 學生證明文件(如學生手冊 / 學生證)	
--------	--	--