



中華錫安傳道會慈雲山錫安青少年綜合服務中心

Chinese Evangelical Zion Children and Youth Integrated Service Centre

香港九龍慈雲山慈民村民健樓地下(B翼及C翼)

G/F., (Wing B&C) Man Kin House, Tsz Man Estate, Tsz Wan Shan, Kowloon, H.K.

Tel: 23240111 Fax: 23267453

黃大仙區鄰里支援幼兒照顧計劃 服務申請表

1. 請在適當位置☑

| | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--------|
| (一) 申請類別： <input type="checkbox"/> 中心託管 <input type="checkbox"/> 社區保姆 申請編號：_____ | | | 相 片 |
| 申請服務原因： | | | |
| <input type="checkbox"/> 因申請幼兒的父母或照顧者需處理緊急事情 | <input type="checkbox"/> 幼兒來自破碎或單親家庭 | | |
| <input type="checkbox"/> 因父母其中一方從事全職工作（即每月工作120小時或以上）及另外一方需每月工作104小時或以上 | <input type="checkbox"/> 幼兒來自大家庭 | | |
| <input type="checkbox"/> 須照顧其他有特別需要的家庭成員 (請註明：_____) | <input type="checkbox"/> 須求診/陪同近親赴診 | <input type="checkbox"/> 由社工轉介的特別個案 | |
| 其他：(請註明：_____) | | | |
| 期望託管時段： | 日期： | 時間： | 時數： |

(二) 嬰幼兒資料

| | | |
|---------------|---------------|-------------|
| 中文姓名：_____ | 英文姓名：_____ | 性別：_____ |
| 出生日期：_____ | 出生地點：_____ | 申請時年歲：_____ |
| 出生證明書號碼：_____ | 嬰幼兒就讀學校：_____ | 班級：_____ |

(三) 家長或監護人資料

| | | |
|---|--|---|
| 家長/監護人姓名：_____ | 身份證號碼：_____ | |
| 與嬰幼兒關係：_____ | 同住家人總人數：共_____人，包括： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 姊 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 外祖父母 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |
| 家庭狀況： <input type="checkbox"/> 雙親 <input type="checkbox"/> 單親(喪偶/離婚/分居) <input type="checkbox"/> 分散(配偶在內地等候來港) <input type="checkbox"/> 新移民(來港不足一年) | | |
| 通訊地址： | | |
| 電話：(住宅)_____ (手提)_____ | | |
| 家庭每月總收入 | <input type="checkbox"/> 綜援家庭 <input type="checkbox"/> \$5,000 以下 <input type="checkbox"/> \$5,001 至\$10,000 | <input type="checkbox"/> \$10,001 至 \$15,000 <input type="checkbox"/> \$15,001 至 \$ 20,000 <input type="checkbox"/> \$20,001 至 \$ 25,000 <input type="checkbox"/> \$25,001 至\$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,001 以上 |
| 是否申請減免收費 | <input type="checkbox"/> 是(須遞交有關經濟證明文件) <input type="checkbox"/> 否 | |
| 認識本服務途徑請用 ✓ 表示 | 親友 | 橫額/海報/單張 |
| | | 報紙/區報 |
| | | 其他(請註明) |



中華錫安傳道會慈雲山錫安青少年綜合服務中心

Chinese Evangelical Zion Children and Youth Integrated Service Centre

香港九龍慈雲山慈民村民健樓地下(B翼及C翼)

G/F., (Wing B&C) Man Kin House, Tsz Man Estate, Tsz Wan Shan, Kowloon, H.K.

Tel: 23240111 Fax: 23267453

黃大仙區鄰里支援幼兒照顧計劃 服務申請表

請在適當位置☑

(四) 嬰幼兒健康狀況(必須填寫)

1. 過往或現有之病歷：_____
2. 是否需要長期服用藥物 是(請註明：_____) 否
3. 有否藥物敏感 有(請註明：_____) 沒有
4. 有否食物敏感 有(請註明：_____) 沒有

(五) 日常生活程序/習慣(六歲或以下嬰幼兒必須填寫)

1. 進食習慣及餵食安排：_____
2. 飲水：以*杯 / 奶瓶 飲水，* 需要/不需要協助_____
3. 忌食：_____
4. 睡眠：_____
5. 沐浴：_____
6. 如廁習慣：習慣 / 不需用尿片大便，需要/ 不需要用尿片小便，須留意_____
7. 其他/備註：_____

(六) 其他特殊情殊情況：_____

(七) 緊急聯絡人資料：

緊急聯絡人(1) 姓名 _____ 關係：_____ 電話：_____

緊急聯絡人(2) 姓名 _____ 關係：_____ 電話：_____

本人*同意/不同意 上述(四)至(七) 項資料社區保姆暫為保存作為提供服務參考之用。

本人_____ (家長/監護人)，聲明向本會提供上述資料為真實無訛。

| |
|---|
| <p>收集個人資料的目的</p> <p>根據<個人資料(私隱)條例>保障資料第 1(3)原則，上述資料只用於是次申請相關的事宜上。</p> |
|---|

家長 / 監護人簽署：_____

日期：_____

| 本會專用 | | |
|--------------------------------------|---|------------|
| 申請日期/時間： | 面見/評估日期： | 負責社工：_____ |
| 申請結果 <input type="checkbox"/> 自行繳付費用 | <input type="checkbox"/> 已配對予_____ | 日期：_____ |
| <input type="checkbox"/> 全費減免 | 配對完成日期：_____ | |
| <input type="checkbox"/> 半費減免 | <input type="checkbox"/> 未能配對(原因：_____) | |