

播道兒童之家---整全生命培育中心

兒童日間院護服務

服務轉介表格

1. 請在適當的□加上✓
2. *請刪除不適用者

(一) 轉介人資料

姓名：_____ (*先生/女士) 職位：_____
機構名稱：_____ 轉介日期：_____
聯絡電話：_____ 傳真號碼：_____ 電郵：_____

(二) 使用服務的孩子資料

中文姓名：_____ 英文姓名：_____ 性別：_____ 申請時年齡：_____
出生日期：_____ 出世紙號碼 / 身份証號碼：_____ 就讀班別：_____
就讀學校：_____

*家長 / 監護人姓名：_____ 與兒童關係：_____ 聯絡電話：_____

孩子是否曾被確診有「特殊學習需要」

過度活躍症 專注力不足 讀寫障礙 自閉症譜系障礙
語言發展遲緩 感統失調 其他：請註明_____

(三) 申請服務

申請服務原因： (服務需要及經濟狀況)

期望接受服務時段：

星期一至五，放學後至下午 6:30 星期一至五，放學後至晚上 8:00 後，晚膳服務
星期六，上午 8:00 至下午 1:00 星期六，上午 8:00 至下午 2:00 後，午膳服務
星期六，下午 2:00 至下午 6:00

#星期日服務，按人數及視乎需要而開放

星期日，上午 8:00 至下午 1:00 星期日，上午 8:00 至下午 2:00 後，午膳服務
星期日，下午 2:00 至下午 6:00

家庭每月總收入(過去三個月的平均收入)：

綜援家庭 低收入綜援 \$5,000 以下 \$5,001-\$8,000 \$8,001-\$10,000
\$10,001-12,000 \$12,001-15,000 \$15,000 以上

轉介人簽署：_____

日期：_____

本院專用

收件日期 / 時間：_____ 經手人 / 中心職員：_____ 面見 / 評估日期：_____

申請結果： 符合資格 不符合資格 每月費用_____

備註：_____