

S. E. N. 2.0-綜合日間院護及支援服務
服務轉介及申請表格

孩子資料及家庭狀況

中文姓名: _____ 英文姓名: _____ 性別: _____
 年 齡: _____ 出生日期: _____ 身份證號碼: _____
 就讀學校: _____ 班級: _____
 家長/監護人姓名: _____ 與兒童關係: _____
 聯絡電話: _____ (手提) _____ (家居) 職 業: _____
 住址: _____ 同住人數: _____ (包括兒童本人)
 父母婚姻狀況: 雙親(已婚/同居) 再婚家庭
 單親(離婚/喪偶/分居)
 新來港(不足一年) 分散(等候來港或居住地點不同)
 緊急聯絡人: _____ (電話: _____)
 家庭每月總收入: _____ 在職家庭 綜援家庭 其他(註明: _____)
 特殊學習需要類別: SLD ASD ADHD/ADD (是/否正使用藥物): _____
 語言發展遲緩 整體發展遲緩 ODD 其他(註明 _____)
 孩子過往或現有之病歷: _____ / 沒有
 是否有藥物/食物敏感 否 是(請註明: _____)

期望的服務

星期一至五課後託管	星期六周末託管 (在職家庭支援)	專業訓練/輔導
<input type="checkbox"/> 放學後至 7:00 <input type="checkbox"/> 放學後至 7:30, 晚膳服務 <input type="checkbox"/> 放學後至 7:30 後, 晚膳服務	<input type="checkbox"/> 早上 9:00-13:00 <input type="checkbox"/> 下午 14:00-18:00 <input type="checkbox"/> 全日 9:00-18:00, 午膳服務	<input type="checkbox"/> 言語治療 <input type="checkbox"/> 感覺統合訓練 <input type="checkbox"/> 遊戲治療

申請服務的原因: _____

轉介人資料(如有)

姓 名: _____ 職 位: _____ 機構名稱: _____
 聯絡電話: _____ 傳真號碼: _____ 電 郵: _____

轉介人/申請人簽署: _____
 日期: _____

中心專用

面見日期: _____ 接見職員: _____
 申請結果: 符合資格 (即時取錄, 入學日期: _____ / 輪候位置: _____)
 不符合資格
 收費: _____ 備註: _____