

「共建晴空，彩虹再現」 特殊需要支援計劃

A. 「及早識別」評估服務

目的：為懷疑有發展障礙之幼兒提供「及早識別」的評估服務，使他們能把握發展期的黃金機會，盡快輪候適切之學前康復服務及接受合適的訓練，跨越障礙，健康成長。

資助內容：

1. 低收入家庭之申請者：100 元(行政費)尚餘少量名額
2. 夾心階層家庭之申請者：1,100 元(服務及行政費)

申請資格：1. 2-6 歲懷疑有發展障礙

2. 於兒童體能智力測驗中心輪候評估

3. A) 低收入家庭-家庭入息在政府統計署公佈之家庭住戶每月收入中位數的 75%以下

B) 夾心階層家庭-家庭入息政府統計署公佈之家庭住戶每月收入中位數的 75%-100%

(可參閱本季刊第 9 頁)

*所有申請須經由本中心甄選，批准與否，由本中心決定。

*如有需要(非本資助計劃的家庭)，也可致電 2440 2126 向本中心社工賴彩蓮姑娘查詢相關評估服務。

申請辦法：1. 填妥申請表格；連同醫生及/或學校轉介信及兒童體能智力測驗中心之覆診咭等證明文件；

2. 最近三個月之家庭入息證明文件；

3. 致電 2440 2126 與本中心社工賴彩蓮姑娘預約會面時間並提交上述文件；名額有限 額滿即止

4. 申請接納後，社工將聯絡家長安排評估時間。

B. 專業治療服務

目的：為仍在輪候社署學前服務的幼兒得到及早適切的專業治療訓練，並為有經濟困難-低收入及夾心階層的家庭在資助收費下，讓幼兒可把握發展期的黃金機會，接受適切的個別專業治療訓練。同時讓家長掌握孩子的特殊需要和訓練技巧，在家中持續訓練。

言語治療服務

日期：(DL1715-1)4/1/2018-8/3/2018
(15/2 停，星期四，每期 9 節)

時間：(1) 9:15-10:00 (2) 10:00-10:45 (3) 10:45-11:30
(4) 11:30-12:15 (5) 12:15- 1:00 (6) 2:00- 2:45
(7) 2:45-3:30 (8) 3:30- 4:15 (9) 4:15- 5:00

地點：愛明樓 128 室

職業治療服務

日期：(DL1716-1)5/1/2018-9/3/2018
(16/2 停，星期五，每期 9 節)

時間：(1) 2:30- 3:15 (2) 3:15-4:00 (3) 4:00- 4:45
(4) 4:45- 5:30 (5) 5:30-6:15

地點：愛曦樓 121 室(感統室)

音樂治療服務

日期：(DL1717-1)9/1-20/3(星期二，9 節)(暫定)

時間：(1) 3:30-4:15 (2) 4:15-5:00 (3) 5:00-5:45
(4) 5:45-6:30

地點：愛明樓 128 室

對象：2-6 歲有特殊學習需要 (SEN) 及其家長

收費：(低收入) 每對親子\$1, 400/(夾心階層) 每對親子\$2, 400

名額：每時段 1 對親子

申請資格及辦法：請參閱「及早識別」評估服務(P. 4)

C. 資助參加訓練小組

資助內容：資助低收入及夾心階層家庭的幼兒參加本中心的訓練小組(不包括專業治療服務)

資助金額：每名幼兒資助額:(低收入) 500 元；
(夾心階層)300 元；

申請辦法：申請人需於報名小組前提交申請表格連同低收入證明(例如獲公屋租津/學生全額或半額津貼的證明文件)或最近三個月之家庭入息證明，而小組日期需為2017年10月1日至2018年6月30日之內。

申領發還費用：申請獲批後，申請人必須完成小組，並達8成或以上出席率，方可憑正本收據(可多於一個小組)一次性向負責職員賴姑娘申請資助費用，本中心會於兩個月內以支票發放。

資助名額：低收入及夾心階層家庭的幼兒各30名(額滿即止)

負責職員：賴彩蓮姑娘

贊助團體：屯門獅子會

備註：曾接受本支援計劃之「及早識別」評估服務者，如家庭收入沒有變動，可豁免提交入息證明。



「共建晴空，彩虹再現」特殊需要支援計劃
資助專業治療服務及訓練小組
申請表

個人資料收集聲明

為確保本中心能盡快處理你的申請，請提供準確和足夠的資料。你所提供的資料將用作本計劃審核你的申請用途，所有資料絕對保密(如有需要，可能提供予贊助團體查閱)。你有權查閱和修正你的個人資料。

- 申請人類別： 低收入家庭 夾心階層家庭
- 申請資助項目： (個別)專業治療服務 訓練小組

甲部：背景資料

A. 申請人(幼童)資料

姓名：(中文)	(英文)	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期： 年 月 日	居港年期： <input type="checkbox"/> 香港出生	<input type="checkbox"/> _____年抵港
懷疑之發展問題：	<input type="checkbox"/> 認知發展遲緩	
	<input type="checkbox"/> 言語障礙	
	<input type="checkbox"/> 自閉症譜系 (ASD)	
	<input type="checkbox"/> 專注力不足/過度活躍症 (ADHD)	
	<input type="checkbox"/> 社交障礙	
	<input type="checkbox"/> 感覺統合失調	
	<input type="checkbox"/> 其他(請註明)	

B. 家長/監護人及家庭資料

家長/監護人姓名：	(中文)	(英文)		
與申請人關係：		出生日期： 年 月 日		
聯絡電話：	(手提電話)	(住宅)		
住址：				
教育程度：		職業：		
家庭總人數：	人 (直系親屬)			
其他家人資料：				
姓名	與申請人關係	性別	年齡	職業/教育程度

(若曾經成功申請本支援計劃之「及早識別」評估服務而家庭入息沒有轉變，則無需填寫以下乙至丁部份)

乙部：家庭入息資料

	收入	金額 (\$)
1	申請人過去三個月之 <u>每月</u> 平均入息	
2	申請人配偶過去三個月之 <u>每月</u> 平均入息	
3	同住未婚子女過去三個月之 <u>每月</u> 平均入息	
4	其他收入(如：出租單位租金、投資收入等)	
家庭 <u>每月</u> 平均收入共：		

丙部：特殊考慮(如供樓、供養父母、醫療開支、家庭突發事故等，請註明。)

	支出內容	金額 (\$)
1		
2		
3		
合共：		

丁部：其他供本中心考慮的特殊情況

戊部：聲明

本人茲聲明以上資料確實無誤，如有填寫任何虛假資料，育智中心有權撤銷本人之申請。如服務已展開，育智中心有權追討已批出之資助款額。

申請人簽署：_____ 日期：_____

備註：1. 申請者需填妥此申請表，連同低收入證明(獲公屋租津/學生全額或半額津貼的證明文件)或最近三個月之家庭入息證明，致電2440 2126與社工賴彩蓮姑娘預約會面時間提交。

2. 曾成功申請本計劃之「及早識別」評估服務而家庭入息沒有轉變，則無需提交入息證明。

評估日期：_____ (本中心檔案編號：_____)

< 申請結果 >

由育智中心職員填寫

接納申請

不接納申請：原因：_____

社工簽署：_____ 日期：_____

中心主任簽署：_____ 日期：_____

*請在內加✓

「共建晴空，彩虹再現」特殊需要支援計劃
「及早識別」評估服務
申請表

個人資料收集聲明

為確保本中心能盡快處理你的申請，請提供準確和足夠的資料。你所提供的資料將用作本計劃審核你的申請用途，所有資料絕對保密(如有需要，可能提供予贊助團體查閱)。你有權查閱和修正你的個人資料。

申請人類別： 低收入家庭 夾心階層家庭

甲部：背景資料

A. 申請人(幼童)資料

姓名：(中文)	(英文)	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期： 年 月 日	居港年期： <input type="checkbox"/> 香港出生	<input type="checkbox"/> _____年抵港
懷疑之發展問題：	<input type="checkbox"/> 認知發展遲緩 <input type="checkbox"/> 言語障礙 <input type="checkbox"/> 自閉症譜系 (ASD) <input type="checkbox"/> 專注力不足/過度活躍症 (ADHD) <input type="checkbox"/> 社交障礙 <input type="checkbox"/> 感覺統合失調 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)	

B. 家長/監護人及家庭資料

家長/監護人姓名：	(中文)	(英文)		
與申請人關係：		出生日期： 年 月 日		
聯絡電話：	(手提電話)	(住宅)		
住址：				
教育程度：		職業：		
家庭總人數：	人 (直系親屬)			
其他家人資料：				
姓名	與申請人關係	性別	年齡	職業/教育程度

乙部：家庭入息資料

	收入	金額 (\$)
1	申請人過去三個月之 <u>每月</u> 平均入息	
2	申請人配偶過去三個月之 <u>每月</u> 平均入息	
3	同住未婚子女過去三個月之 <u>每月</u> 平均入息	
4	其他收入(如：出租單位租金、投資收入等)	
家庭 <u>每月</u> 平均收入共：		

丙部：特殊考慮(如供樓、供養父母、醫療開支、家庭突發事故等，請註明。)

	支出內容	金額 (\$)
1		
2		
3		
合共：		

丁部：其他供本中心考慮的特殊情況 _____

戊部：聲明

本人茲聲明以上資料確實無誤，如有填寫任何虛假資料，育智中心有權撤銷本人之申請。如服務已展開，育智中心有權追討已批出之資助款額。

申請人簽署：_____ 日期：_____

備註：申請者需填妥此申請表，連同以下證明文件副本，致電2440 2264與社工張偉姿姑娘預約會面時間提交。

1. 最近三個月之家庭入息證明文件
2. 醫生及/或學校轉介信及兒童體能智力測驗中心之覆診咭等證明文件
3. 特殊考慮之證明文件(如適用)

< 申請結果 >

由育智中心職員填寫

接納申請：將安排於 _____ 年 _____ 月 _____ 日接受評估服務。

不接納申請：原因： _____

社工簽署： _____ 日期： _____

中心主任簽署： _____ 日期： _____

*請在內加✓