


育智中心
「樂展」-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。

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

丙部：特殊考慮(如申請之兒童對評估服務有特別需求，請註明及提供相關證明文件)

丁部：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 2126與社工賴彩蓮姑娘預約會面時間提交。

1. 醫生及/或學校轉介信
2. 兒童體能智力測驗中心之預約登記及覆診咭等證明文件
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： _____