

# 「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。

**收費：**3,100 元(服務及行政費)


**申請資格：**1. 2-6 歲懷疑有發展障礙之幼兒；  
2. 於兒童體能智力測驗中心輪候評估；

**申請辦法：**1. 填妥本計劃之申請表格  
(表格可於中心網頁下載或親臨本中心索取)；  
2. 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；  
3. 致電 2440 2126 與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。

\*所有申請須經由本中心甄選，批准與否，由本中心決定。

**備註：**1. 此評估服務由康柏心理醫學及兒童情緒評估中心臨床心理學家羅澤全先生提供。  
2. 如屬經濟困難家庭，請與社工賴姑娘聯絡。




**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覆診咭副本
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： \_\_\_\_\_

「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與社工賴彩蓮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✓