

# 「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/夾心階層家庭之申請者：1,100 元(服務及行政費)
2. 其他申請者：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
3. 入息低於政府統計署公佈之家庭住戶每月收入中位數；其他申請者則沒有家庭入息限制

## 申請辦法：

1. 填妥本計劃之申請表格；
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. 最近三個月之家庭入息證明文件(只適用於低收入/夾心階層家庭申請者)；
4. 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
5. 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。

贊助：檸檬

備註：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

## 「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： A  低收入家庭       夾心階層家庭  
B  其他家庭

### 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 (如申請人屬B類別，則不用填寫此欄)**

	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 2126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

負責社工簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

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

不接納申請：原因： \_\_\_\_\_

中心主任簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

\*請在內加✓