

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，可能提供予社署查閱)。你有權查閱和修正你的個人資料。

申請訓練類別\*： 言語治療       職業治療       音樂治療

甲部：申請人資料

A. 家長/監護人及家庭資料

家長/監護人姓名：	(中文)	(英文)		
出生日期：	年 月 日	與幼童關係：		
聯絡電話：	(手提電話)	(住宅)		
住址：				
教育程度：		職業：		
同住家人人數：	人			
其他家人資料：				
姓名	與申請人關係	性別	年齡	職業/教育程度

B. 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	
就讀學校及年級(如適用)：		
兒童體能智力測驗中心之登記日期：	年 月 日	
兒童體能智力測驗中心之檔案編號：		
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 <input type="checkbox"/> 專注力不足/過度活躍症 <input type="checkbox"/> 社交障礙 <input type="checkbox"/> 感覺統合失調 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)	

乙部：特殊考慮(如申請之兒童對專業治療訓練有特別需要，請註明並提供相關證明文件。)

---

---

---

---

---

丙部：聲明

本人茲聲明以上資料確實無誤，並在申請此計劃前從未獲得任何社署津助之專業治療訓練。如有任何虛假資料，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，連同以下證明文件之正副本，致電2440 2264與社工張偉姿姑娘預約會面時間提交申請。

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及相關證明文件
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

核准申請

附加條件：\_\_\_\_\_

不核准申請

原因：\_\_\_\_\_

社工簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

中心主任簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

\*請在□內加✓