

## Haven of Hope Sister Annie Skau Holistic Care Centre - Relief and Charity Service (RCS) 靈實司務道寧養院 - 慈惠安寧療護病床計劃(RCS)

### 經濟評估表 Financial Assessment Form (非綜援人士適用 For non-CSSA RCS applicant only)

由醫院管理局轄下公立醫院醫務社工填寫 To be completed by HA Medical Social Worker

#### 第一部份：申請人及近親個人資料 Part I: Background of Applicant and Next of Kin

<b>1.1 申請人(病人)個人資料 Applicant's (Patient's) Personal Data</b>	
中文姓名 Name in Chinese	英文姓名 Name in English
香港身份證號碼 H.K.I.D. Card no.	出生日期(日/月/年) Date of Birth(dd/mm/yy)
性別 Sex	聯絡電話 Contact Phone No.
婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 單身 Single <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 鰥寡 Widowed <input type="checkbox"/> 離婚 Divorced Marital Status <input type="checkbox"/> 其他 Others	
住址 Address	
<b>1.2 申請人近親個人資料 Next of Kin's Personal Data</b>	
中文姓名 (先生 / 小姐 / 女士) Name in Chinese	英文姓名 (Mr. / Miss / Mrs.) Name in English
香港身份證號碼 H.K.I.D. Card no.	出生年份 Year of Birth
與申請人之關係 Relationship with the applicant	聯絡電話 Contact Phone No.
住址 Address	

#### 第二部份：個人資料 Part II: Personal Information

申請人家庭人數如超逾 5 人，請另加填一份申請表一併遞交。

If family size exceeds 5, please complete an additional form and submit together.

	申請人 Applicant	家庭成員 Family Member	家庭成員 Family Member	家庭成員 Family Member	家庭成員 Family Member
姓名 Name					
性別 Gender					
年齡 Age					
與申請人關係 Relationship					
領用福利 Welfare	<input type="checkbox"/> 綜援 CSSA <input type="checkbox"/> 長生津 OALA <input type="checkbox"/> 傷殘津貼 DA <input type="checkbox"/> 高齡津貼 OAA <input type="checkbox"/> 沒有 NIL	<input type="checkbox"/> 綜援 CSSA <input type="checkbox"/> 長生津 OALA <input type="checkbox"/> 傷殘津貼 DA <input type="checkbox"/> 高齡津貼 OAA <input type="checkbox"/> 沒有 NIL	<input type="checkbox"/> 綜援 CSSA <input type="checkbox"/> 長生津 OALA <input type="checkbox"/> 傷殘津貼 DA <input type="checkbox"/> 高齡津貼 OAA <input type="checkbox"/> 沒有 NIL	<input type="checkbox"/> 綜援 CSSA <input type="checkbox"/> 長生津 OALA <input type="checkbox"/> 傷殘津貼 DA <input type="checkbox"/> 高齡津貼 OAA <input type="checkbox"/> 沒有 NIL	<input type="checkbox"/> 綜援 CSSA <input type="checkbox"/> 長生津 OALA <input type="checkbox"/> 傷殘津貼 DA <input type="checkbox"/> 高齡津貼 OAA <input type="checkbox"/> 沒有 NIL
備註 Remarks					
◆ 病人及家庭成員人數共有 Total number of patients and family members : _____ 位 ◆ 病人及家庭成員人數中，包括病人在內，共有是 65 歲或以上的長者 : _____ 位 Of these, including the patient, no. of person aged 65 or above					

請轉頁 Please turn to the next page

靈實司務道寧養院 Haven of Hope Sister Annie Skau Holistic Care Centre

香港新界將軍澳靈實路十九至二十一號 19-21 Haven of Hope Road, Tseung Kwan O, New Territories, Hong Kong  
服務熱線 Service Hotline: (852) 2703 3000 | 傳真 Fax: (852) 2703 5575 | 電郵 Email: sashcc@hohcs.org.hk

根據《公司條例》(第 622 章)，基督教靈實協會為一所擔保有限公司。

Haven of Hope Christian Service is a company limited by guarantee under the Companies Ordinance (Cap. 622).

第三部份：入息及資產（以港元計算）（包括在香港及香港以外地區的資產）

Part III: Income and Asset Value (in HKD) (Including assets in Hong Kong and overseas)

	申請人 Applicant	家庭成員 Family member	家庭成員 Family Member	家庭成員 Family Member	家庭成員 Family Member
姓名 Name					
每月平均收入 Ave. Monthly Income	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)
<b>◆ 每月家庭總收入 Total Household Monthly Income = (a) + (b) + (c) + (d) + (e) = \$</b>					
資產 淨值 Asset	(1) 手頭現金 Cash				
	(2) 存款及儲蓄 Deposits & Savings				
	(3) 投資項目 Investment Items				
	(4) 保險 / 年金計劃 Insurance / Annuity Scheme				
	(5) 非自住物業 Non-owner Occupied Property				
	(6) 車位 Carpark				
	(7) 其他可變換現金的資產 Other Realizable Assets				
	個人總資產淨值（1 至 7 項）Total Personal Net Asset Value (Items 1 to 7)	(a)	(b)	(c)	(d)
<b>◆ 家庭總資產 Total Household Asset = (a) + (b) + (c) + (d) + (e) = \$</b>					

第四部份：醫務社工評估及推薦 Part IV: MSW's Assessment and Recommendation

轉介原因 Reasons for Referral
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p><b>請提供申請人醫療診斷、身體狀況如活動能力及日常生活/活動及其他特殊情況等相關資料。 Please elaborate on Applicant's medical diagnosis, health conditions like mobility and ADL ability, and any other special justifications etc.</b></p>

第五部份：轉介醫院 Part V: Referring HA Hospital

醫務社工姓名 Name of MSW	所屬醫院及單位 Hospital/ Unit
聯絡電話 Phone No.	傳真 Fax No.
轉介日期 Date of Referral	醫務社工簽署 MSW Signature

- 請將填妥的經濟評估表，連同 CM02「慈惠安寧療護病床」轉介表格及 CM81 申請使用服務承諾書，一併傳真回靈實司務道寧養院。  
Please fax the completed form together with RCS referral form (CM02) and Commitment Letter (CM81) to SASHCC.
- 醫務社工須保留相關入息及資產證明文件之副本，惟現階段毋須呈交本院。Copies of income and asset supporting documents should be kept by MSW, but are not required to be submitted to SASHCC at this stage.
- 本院社工會通知醫務社工申請是否獲批。Social Worker of SASHCC will notify MSW if application is approved or not.
- 本院對審批結果有最終的決定權。SASHCC's decision is final and conclusive.
- 靈實司務道寧養院 SASHCC 電話 Tel: 2703-3000 傳真 Fax: 2785-0721 地址 Address: 將軍澳靈實路 19-21 號 19-21, Haven of Hope Road, TKO.

本表格完 End of Form

靈實司務道寧養院 Haven of Hope Sister Annie Skau Holistic Care Centre

香港新界將軍澳靈實路十九至二十一號 19-21 Haven of Hope Road, Tseung Kwan O, New Territories, Hong Kong  
服務熱線 Service Hotline: (852) 2703 3000 | 傳真 Fax: (852) 2703 5575 | 電郵 Email: sashcc@hohcs.org.hk

根據《公司條例》(第 622 章)，基督教靈實協會為一所擔保有限公司。

Haven of Hope Christian Service is a company limited by guarantee under the Companies Ordinance (Cap. 622).