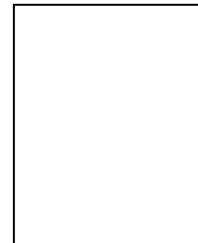


香港聾人福利促進會

聽伶計劃申請表

編號：_____



(一)個人資料

兒童姓名：_____ (中) / _____ (英)
出生日期：_____ 出生地點：_____ 出生紙/身份證：_____
性 別：_____ 年 齡：_____ 藉 貫：_____
電 話：_____ 傳 真：_____
住 址：_____

申請人是否本港居民： 是 否

兒童接受服務的原因： 聽障 語言發展遲緩 自閉 過度活躍

其他：(請列明)_____

証實日期：_____ 評估地點：_____

曾否接受聽覺測驗： * 曾 / 否 何處：_____ 日期：_____

有沒有其他聽障的家屬：* 有 / 沒有 與兒童的關係：_____

是否已領取傷殘津貼：* 是 / 否 (傷殘津貼只限香港居民申請)

希望接受本會的服務：(可任選其一或同時選擇兩項)

語言訓練老師所提供的： 個別語言訓練 小組語言訓練

(二)聯絡人資料

姓 名：_____ 關 係：_____ 聯絡電話：_____

(三)家庭其他成員概況

| 姓 名 | 關 係 | 年 齡 | 身份証號碼 | 職 業 | 日間電話 | 夜間電話 |
|-----------------|-----|-----|-------|-----|------|------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 家庭成員總人數：_____ 人 | | | | | | |

(四) 選擇上課地點：(請在劃線上寫上 1,2,3,4 表示您的意願先後次序)

香港獅子主會聾人服務中心：_____ 九龍白普理特殊幼兒中心：_____

新界將軍澳尚德幼兒中心：_____ 新界屯門綜合服務中心：_____

填妥表格後，請盡快寄回九龍城馬頭涌道 135 號，聖三一堂百周年紀念白普理大樓三樓，香港聾人福利促進會白普理特殊幼兒中心，學前教育服務協調主任收。

此表格乃申請人自願填寫，台端所提供資料，只供本機構及有關機構作為參考之用，家長可要求查閱及更正本會存備的資料。如家長中止申請此項服務，此表格及所交來的資料亦會即時銷毀。

註：* 請刪去不適用者

家長姓名：_____

家長簽名：_____

日 期：_____