香港聾人福利促進會
言語治療服務申請表

請填妥此申請表並以親身、傳真、電郵或郵寄遞交至言語治療中心

地址　：將軍澳尚德邨尚美樓 6 樓（將軍澳綜合服務中心）
查詢電話　：2711 5688 / 2711 1974　　傳真　：2711 5877 / 2761 4390
電郵　：speech@deaf.org.hk

申請人姓名　：（中文）_____（英文）_____
申請人是否年滿 18 歲　：❒ 是 ❒ 否
申請人與服務使用者的關係　：❒ 本人 ❒ 監護人 ❒ 其他 _____
服務使用者姓名（如與申請人不同）：（中文）_____（英文）_____ 性別：____
服務使用者的出生日期　：_____ 服務使用者是否香港居民：❒ 是 ❒ 否
通訊地址　：_____
聯絡電話　：（1）_____（2）_____
電郵地址　：_____
曾獲評估的機構（如有）　：_____ 評估日期（如有）：_____
主要困難／申請服務原因　：_____
有否接受其他言語治療服務　：❒ 有 （❒ 醫院 ❒ 學校 ❒ 其他：_____）❒ 沒有
是否聽障人士：❒ 是（程度：❒ 輕度 ❒ 中度 ❒ 中度至嚴重 ❒ 嚴重 ❒ 深度）❒ 否
是否本會會員：❒ 是（會員編號：_____）❒ 否
希望接受服務之地點　：
❒ 將軍澳綜合服務中心　將軍澳尚德村尚美樓六樓
❒ 新界綜合服務中心(良景)　新界屯門良景邨良賢樓地下 18-23 室
希望接受服務之時段 (可選擇多項)：
❒ 星期二至星期五 （❒ 上午 ❒ 下午） ❒ 星期六 （❒ 上午 ❒ 下午）
從何途徑得知本服務　：
❒ 親友 ❒ 社工 ❒ 兒童體能智力測試中心 ❒ 互聯網 ❒ 其他：_____

申請人簽署　：_____　日期：_____

服務對象　：只供聽障人士申請
收費　：本會會員每節（一小時）四十元；非本會會員每節（一小時）八十元

此部份由中心職員填寫

收到申請表日期：_____ 文員聯絡日期：_____ 接納申請：❒是 ❒否
拒收原因：❒ 非聽障人士 ❒ 非香港居民 ❒ 正接受其他資助服務（_____） ❒其他____
輪候原因：❒ 因服務中心*將軍澳/新界名額已滿，需輪候服務
負責言語治療師：_____ 言語治療師聯絡日期：_____
個案編號：_____ 開始服務日期：_____ 結束服務日期：_____
結束服務原因：
❒ 自行退出 ❒ 無故缺席___次 ❒ 停止接受服務_____ ❒ 無法聯絡
❒ 正接受其他資助服務（____） ❒ 能力達適齡水平／最大限度 ❒ 其他_____

閣下所提供的個人資料，只會用作申請和提供言語治療服務之用。根據《個人資料(私隱)條例》，如閣下欲查閱或更改個人資料，請致函本中心。根據《個人資料(私隱)條例》的條款，本會有權向閣下收取合理的行政費用以處理查閱有關資料的要求。