

香港聾人福利促進會

編號：_____

聽伶計劃申請表

照
片

(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：_____ 籍 貫：_____
 電 話：_____ 傳 真：_____ 電 郵：_____
 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 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)
 有沒有社工跟進服務： 有 / 沒有
 負責跟進的社工姓名：_____ 所屬機構：_____
 與社工聯絡電話：_____

(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)

賽馬會香港中心：_____ 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，請盡快寄回香港北角英皇道 668 號健康村康勝閣平台早期教育及訓練中心或傳真 2715 0018 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：_____

家長簽署：_____

日 期：_____