

# 香港聾人福利促進會

編號：\_\_\_\_\_

## 聰伶計劃申請表

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(鰂魚涌)：\_\_\_\_\_ 九龍中心(何文田)：\_\_\_\_\_

尚德幼兒中心(將軍澳)：\_\_\_\_\_ 新界屯門綜合服務中心(良景)：\_\_\_\_\_

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 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：\_\_\_\_\_