

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) _____ (英) _____

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) _____ (英) _____

服務使用者的性別： ☐ 男 ☐ 女

服務使用者的出生日期： _____ 服務使用者是否香港居民： ☐ 是 ☐ 否

有否申領綜援： ☐ 有 ☐ 沒有（綜援申領者豁免收費）

通訊地址： _____

聯絡電話： _____

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：☐ 理解 ☐ 表達 ☐ 發音 ☐ 聲線 ☐ 口吃 ☐ 吞嚥
其他： _____

有否接受其他言語治療服務：☐ 曾經 ☐ 現時（機構： _____） ☐ 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（可選擇多項）：

☐ 將軍澳綜合服務中心 將軍澳尚德邨尚美樓六樓

☐ 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：只供香港居民及聽障人士申請

收費：本會會員每節（約一小時）\$80；非本會會員每節（約一小時）\$160；綜援領取者豁免收費

書面報告：\$895

此部份由文員填寫

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 ☐ 其他 _____

輪候原因：☐ 因服務中心*將軍澳/新界名額已滿 ☐ 正接受其他資助言語治療