香港輪椅輔助隊

香港輪椅輔助隊有限公司(本會為有限公司註冊的慈善團體)

Hong Kong Wheelchair Aid Service Ltd. (A registered charitable organization incorporated with limited liability)

Address: Unit 1-3, G/F Cheong Him Hse., Nam Cheong Est., Sham Shui Po, Kln., H.K.
地址：香港九龍深水埗南昌邨昌謙樓地下 1-3 號
網址 WEBSITE: www.hkwheelchair.org.hk　電話 TEL: 2194 9666
電郵 E-MAIL: enquiry@hkwheelchair.org.hk　傳真 FAX: 2386 6899

香港公益金 THE COMMUNITY CHEST 會員機構 MEMBER AGENCY
社聯 HKCSS 機構會員 AGENCY MEMBER

機構服務申請書

機構名稱：______________________________ (本會檔案編號：__________)
(本會發票及收據，將跟據以上名稱及地址列印，請核實名稱及地址資料)

地址：______________________________ 香港 / 九龍 / 新界

聯絡人：______________ 職位：______________ 電話：______________

傳真：______________ 電郵：______________________________

維修選項：□親自到本中心 □輪候上門 □到流動輪椅支援站
維修服務：□電動輪椅 □手推輪椅 □大便椅 □助行架或手叉
其他服務：□借用輪椅或輔助工具〈內容：______________________________〉
□相關課程講座〈內容：______________________________〉
□其他〈請列明：______________________________〉

轉介求助人資料： [本會檔案編號：__________(由本會填寫)] *請圈出合適內容

使用者姓名：______________ 身份証(頭 4 位)：________ 性別*：男 / 女 出生年份：________
(本會發票及收據，將跟據以上名稱及地址列印，請核實名稱及地址資料)

家庭狀況*：獨居 / 兩老同住 / 家傭同住 / 長者日間獨留在家 / 家人同住 / 院舍

健康狀況*：良好 / 肢體傷殘 / 栢金遜 / 糖尿 / 高血壓 / 呼吸系統疾病 / 認知障礙症 / 中風 /

其他健康狀況：__________ **活動能力***：完全依賴 / 能參與轉移 / 能自理 / 其他：________

溝通能力*：正常 / 不足 (備註：________) **語言***：廣東話 / 普通話 / 英語 / 其他：__________

經濟狀況*：綜援 (編號：______________) / 高齡津貼(生果金) / 傷殘津貼 / 其他：__________

地址：______________________________

使用者聯絡電話：______________(住) ______________(手提) □是 / □不是與使用者同住

聯絡人姓名：______________(男 / 女) 聯絡人電話：______________(手) ______________(住)
聯絡人關係*：夫婦 / 媳 / 婿 / 子女 / 孫 / 外孫 / 親友 / 鄰居 /其他 ______________

需要維修內容：______________________________

____

~*~

由本會職員填寫：

預約上門內容：______________________________
□前往家中/中心 地址：______________________________ □時間(__________)
工作進度：
(1) ____年____月____日 上門跟進事項：______________________________
□待購零件______________________________ □ 配零件______________________________
(2) ____年____月____日 再次跟進事項：______________________________

跟進備註：