



服務申請表格 (A1)

保密文件

第一部份 – 受助個案資料

A 受助兒資料

(請於適當的□內加上 ✓號)

受助兒童姓名 (中文)		姓名 (英文)
性別	出生證明書號碼	
年齡	出生日期 (日 / 月 / 年)	
住址		
就讀學校		
級別 <input type="checkbox"/> 全日班 <input type="checkbox"/> 上午班 <input type="checkbox"/> 下午班		
<input type="checkbox"/> 曾評估為懷疑 / 確診之個案 <input type="checkbox"/> 專注力不足 / 過度活躍症 <input type="checkbox"/> 自閉症譜系障礙 <input type="checkbox"/> 輕度發展遲緩 <input type="checkbox"/> 社交溝通較弱 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明) _____		
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> 評估機構 </div> <p>需提供由香港特別行政區政府衛生署兒童體能智力測驗中心或註冊心理學家簽發之評估報告文件</p>		
病患或傷殘 (如有)		
受虐 / 體罰記錄 (如有)		
經專業個案會議確定為 <input type="checkbox"/> 虐待兒童個案 <input type="checkbox"/> 高危個案 <input type="checkbox"/> 不適用		
現正 <input type="checkbox"/> 接受政府或私營機構提供之兒童康復服務，服務名稱： <input type="checkbox"/> 輪候政府或私營機構提供之兒童康復服務，服務名稱： <input type="checkbox"/> 沒有接受任何政府或私營機構提供之兒童康復服務		

B 受助兒童之家庭資料

(請於適當的□內加上✓號)

父親	姓名 (中文)	姓名 (英文)		
性別	身份證號碼			
年齡	出生日期 (日 / 月 / 年)			
父親是 <input type="checkbox"/> 香港永久居民 <input type="checkbox"/> 香港居民 <input type="checkbox"/> 持雙程証 <input type="checkbox"/> 持單程証 <input type="checkbox"/> 其他：				
婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 再婚				
現時是否與兒童同住 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		宗教		
住址 (如與兒童住址不同)				
電話 (住所)	(辦公室)	手提電話		
職業	教育程度	母語		
母親	姓名 (中文)	姓名 (英文)		
性別	身份證號碼			
年齡	出生日期 (日 / 月 / 年)			
母親是 <input type="checkbox"/> 香港永久居民 <input type="checkbox"/> 香港居民 <input type="checkbox"/> 持雙程証 <input type="checkbox"/> 持單程証 <input type="checkbox"/> 其他：				
婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 再婚				
住址 (如與兒童住址不同)				
電話 (住所)	(辦公室)	手提電話		
職業	教育程度	母語		

其他家庭成員					
中文姓名	與兒童關係	年齡 / 出生日期	教育程度	職業 / 就讀年級	每月收入

家庭每月總收入	* 需提供入息證明文件，請仔細參考申請資格 有關低收入或綜援家庭之定義
家庭是否綜援家庭? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

為讓遊戲治療師 / 輔導員進一步了解受助兒童之家庭背景以協助個案之跟進，如受助兒童之父母或家庭成員過往或現正接受任何治療的服務，請提供有關資料：

第二部份 – 申請原因及期望

申請服務原因及家長對是次遊戲治療及家庭輔導之期望。（如空間不足，可自行使用 A4 白紙書寫。）

第三部份 – 可以接受服務的時間

I) 受助兒童

可於樂信兒童慈善遊戲治療中心進行 8–16 節，每星期 1–2 次，每節 1 小時，以「兒童為本」作介入之個別或小組遊戲治療服務。(請以 1–5 盡量填寫兒童可出席的時段，1 為最理想時段)

時段	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 9:30 – 12:30							不適用
下午 1:30 – 6:30							
晚上 6:30 – 8:30							

II) 受助兒童之家長

可於樂信兒童慈善遊戲治療中心進行 4–6 小時，個別或小組輔導。(請以 1–5 盡量填寫家長可出席的時段，1 為最理想時段)

時段	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六	星期日
上午 9:30 – 12:30							不適用
下午 1:30 – 6:30							
晚上 6:30 – 8:30							

註：本中心將盡量配合其所選之時段作出服務配對，唯受助兒童之家長必須明白有關之最終決定權將根據本中心之安排為最終。個案成功審批後，中心將與家長確定服務時段安排。

第四部份 – 家長聲明

本人_____（兒童之父 / 母姓名）同意將上述資料作申請「樂信兒童慈善遊戲治療中心 – 遊戲治療及家庭輔導服務」之用。本人特此聲明本份申請表格上的資料正確無訛及並無虛報。如有任何虛報，「樂信兒童慈善遊戲治療中心」將可隨時單方面終止有關之服務而不作任何通知。

- 本人明白有關之遊戲治療服務收費安排:
- 遊戲治療服務每節為 HK\$100，受資助家庭需於首次面見時繳交 8 節費用（共 HK\$800）。
- 如出席所有節數（包括兒童遊戲治療及家長輔導），將獲退回半數（即 HK\$400）費用。
- 遊戲治療師將根據個別個案安排第 9–16 節之服務，而每節服務費用為 HK\$100。當出席所有節數後，亦將會以半數退回所繳交之費用。有關節數及時段安排以本慈善機構作最終決定。
- 綜援家庭可獲豁免收費。
- 在扣除退款後，所有餘額將全數捐獻至「樂信兒童醫療及教育基金會」，幫助更多有需要的兒童及家庭。

申請人簽署 _____ 日期 _____

填妥此表格後請連同有關之證明文件（請參考申請資格詳列之有關文件）郵寄至：觀塘偉業街 137 號泛亞中心 303 室，「樂信兒童慈善遊戲治療中心 – 遊戲治療及家庭輔導服務」收。如有任何查詢，請致電 3590 6887 與本機聯絡。

請連同以下文件一併遞交申請:

- 服務申請表格 (A1)
- 由政府衛生署兒童體能智力測驗中心或註冊心理學家簽發之評估報告文件
- 家庭入息證明文件
- 特別個案轉介表格 (A2) (如適用)

此部份由樂信兒童慈善遊戲治療中心職員填寫	收到申請表日期
個案編號 AC-	審批日期
經審批後，本中心 <input type="checkbox"/> 接納有關申請	
<input type="checkbox"/> 不接納有關申請，原因：	
負責之職員	職員簽署 (SV: _____)