

申請編號： _____
(基金辦事處填寫)

「工人醫療所醫療資助基金」 申請表

申請人(病人)姓名： _____ (中文) _____ (英文)

出生日期： _____ 性別： _____

身份證號碼： _____ 聯絡電話： _____

住址： _____

聯絡人姓名： _____ 電話： _____ 與申請人關係： _____
(如有)

- | | |
|---------------------------|-------|
| • 申請人現時是否領取 綜合社會保障援助 (綜援) | 是 / 否 |
| • 申請人現時是否領取 長者生活津貼 | 是 / 否 |
| • 申請人現時是否領取 傷殘津貼 | 是 / 否 |
| • 申請人現時是否工聯會會員 | 是 / 否 |

所屬工會 _____ 有效期至 _____ 會員編號 _____

(請圈出適當者，如選擇「是」，須提供有關證明副本)

A. 申請項目詳情：

1. 申請人所患病症： _____

2. 申請資助內容及費用：(如：自費藥物／手術／深層次檢查／輔助儀器等，並請附相關證明副本)

(如屬自費藥物，請列明療程或一年內的藥費預算)

3. 申請資助金額 (HK\$)： _____

4. 申請原因：(如獲社工推薦申請，社工可填寫此欄，或另函簡報個案。)

(可另加附頁)

B. 申請人及同住家庭成員經濟狀況：

家庭成員姓名	年齡	與申請人關係	職業	每月	資產(\$)*	特殊健康狀況 ^Δ
				工作收入/綜援/長者生活津貼/傷殘津貼(\$)		
申請人(病人)：		/		\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	
總人數：				總月入\$	總資產\$	

其他收入來源： 沒有

有(如非同住家屬提供經濟支持，請註明金額 \$_____ (月/年))

* 資產：如現金、銀行存款、出租物業及其他可變換現金財產等。

Δ 特殊健康狀況：如肢體殘障、精神病、長期病患等。

C. 申請人／監護人 聲明及保證：

本人作為申請人 / 本人作為申請人之監護人* 謹此聲明及保證：

1. 本人／申請人 就此申請項目 **沒有及不會** 獲得任何賠償或其他機構的經濟援助。
2. 本人所有提供的資料文件均為真實、準確及完整。
3. 本人已詳閱及同意接受本計劃「申請須知及條款細則」。
4. 本人已詳閱及同意有關收集個人資料的聲明及私隱政策聲明。
5. 本人明白及同意，香港工會聯合會工人醫療所有權因應不同的原因，更改、暫停、撤回或中止有關的資助計劃及／或任何個別申請。

本人已詳細閱讀並完全明白及同意上述聲明。

申請人(病人)簽署：_____ 或 監護人簽署：_____

監護人姓名：_____

簽署日期：_____

與申請人關係：_____

簽署日期：_____

*請刪去不適用者

遞交申請文件清單

- 已填妥的申請表格正本
- 申請人身份證明文件副本
- 綜緩／公共福利金（如長者生活津貼／傷殘津貼）受助人證明副本
- 醫療開支證明副本（如近期自費藥物收據、醫療儀器報價單）
- 特殊身體狀況證明副本（如最新的覆診紙、醫生證明信、殘疾人士登記證等）
- 社工／工會推薦信（如有） / 推薦信另行寄往本基金（地址見第 5 頁尾）
- 工聯會會員咭副本（如有）
- 其他有助審批申請之文件：_____

- 申請會於收妥所需文件後才作處理

**「工人醫療所醫療資助基金」
申請須知 及 條款細則**

一) 簡介

香港工會聯合會工人醫療所自 1950 年成立，致力為市民提供質優價廉的中西醫療服務。為求「取諸社會，用諸社會」，於 2023 年 7 月設立「工人醫療所醫療資助基金」，為有醫療需要但未能得到適切援助的基層人士提供最高一次性 HK\$50,000 的經濟援助，審批金額數目最終由本醫療資助基金小組審議決定。

二) 資助範圍：

資助基層病人於公營醫療系統進行手術／轉介之深層次檢查，或購買自費藥物／輔助儀器等，或在病情需要下進行私營專科治療。

三) 申請資格（須同時符合以下條件）：

1. 香港居民
2. 現正接受公營醫療服務／接受私營專科治療
3. 有切實經濟困難

四) 申請及處理程序

1. 基金申請表格可於香港工會聯合會工人醫療所網頁下載 (www.ftuclinics.org.hk) 或向以下西醫分所索取。（請於本機構網頁下載最新版本申請表）
2. 申請人填妥申請表格，連同身份證副本及其他有關證明文件（如醫生證明、自費藥物處方或收據、社工／工會推薦信等）放入密封信封（信封請註明「工人醫療所—資助基金小組 收」），並於指定時間遞交至工人醫療所西醫診所（地址及時間詳見下方）。
3. 獲公立醫院推薦的境外治療，與及獲納入醫療券試點計劃之內地醫療機構的醫療開支項目，亦可申請資助。
4. 基金小組不會考慮資助在申請前已支付或會獲保險賠償／其他慈善計劃資助的醫療開支項目。
5. 基金小組可向申請人要求提供補充資料，有關資料需於指定時間內交基金辦事處跟進。逾期補交文件，其申請將作棄權論。
6. 審批結果以信函通知申請人。**申請人自行支付有關項目後，提交「收據正本」予基金小組申領有關資助**（實報實銷，上限為獲批之金額。呈交之收據正本不會發還）。
7. 申請者於五年內只可申請一次。
8. 申請名額有限，額滿即止。香港工會聯合會工人醫療所保留對所有申請個案的最終決定權和資助金額。

遞交申請文件地址（星期一至六：上午 9 時至下午 6 時，星期日及公眾假期休息）

灣仔分所：

灣仔杜老誌道 6 號羣策大廈 13 樓（港鐵灣仔站 A1 或會展站 A3 出口）

☎2577 4194

旺角分所：

旺角彌敦道 719 號銀都商業大廈 1 樓（港鐵旺角站 A1 出口）

☎2396 5886

觀塘分所：

觀塘馬蹄徑 3 號麗裕大廈地下（港鐵牛頭角站 A 出口）

☎2342 2312

荃灣分所：

荃灣青山公路 210 號富華中心地下 A2 舖（港鐵荃灣站 B1 出口）

☎2492 2434

屯門分所：

屯門鄉事會路 132 號雅都商場地下 63 號（港鐵屯門站 F2 出口）

☎2457 0022

大埔分所：

大埔廣福道 70-78 號寶康大廈 1 樓

☎2656 1988

收集個人資料聲明

本聲明旨在闡述 **香港工會聯合會工人醫療所**（「本機構」）「**工人醫療所醫療資助基金**」收集個人資料之目的及其管理，在向本機構提供任何個人資料之前，請先閱讀本聲明。

1. 收集個人資料之目的

閣下的個人資料，主要供本機構作處理及批核你的申請及作統計／報告所用。閣下的個人資料，如姓名、出生日期、性別及身份證明文件號碼，將作為辨別身份之用，而閣下的住址、電話號碼將作為通訊之用。上述資料必須提供，否則不能接受或批核閣下的申請。

此外，本機構也會向閣下直接查詢，及向其他轉介機構、有關醫療機構及／或有關政府部門索取相關醫療病歷紀錄或情況，用以評估及審批閣下的申請。上述資料必須提供，否則不能接受或批核你的申請。

當閣下提供此等個人資料時，請確保其真實性、完整性及準確性。

2. 接受資料轉交人士的類別

閣下的個人資料或會被轉送到香港工會聯合會工人醫療所授權的機構或人士作統計及報告用途；或在法例許可下的有關政府部門或法定機構。

如未獲閣下的同意，本機構不會向上述以外人士披露或轉交閣下的個人資料，也不會把閣下的資料轉作本聲明所述及目的（及其有關者）以外的其他用途。

3. 查閱及更正個人資料

閣下可要求查閱或更改你保存在香港工會聯合會工人醫療所的個人資料，包括索取閣下的個人資料之副本。本機構有權就處理閣下的查閱及更正個人資料申請收取合理的費用。如有需要，請發送閣下的要求至本機構電郵：mail@ftuclinics.org.hk

私隱政策聲明

香港工會聯合會工人醫療所將根據《個人資料(私隱)條例》(第 486 章)的規定、個人資料私隱專員公署所發出的指引、資料單張及其他刊物，以及其他香港法例列明的有關規定，採取合理可行的步驟去保障你的個人資料的私隱、保密及安全。

查詢／聯繫

電話：2393 2303（資助基金小組）

傳真：2393 2383

電郵：charityfund@ftuclinics.org.hk

地址：新界荃灣海盛路 9 號有線電視大樓 3107B 室

香港工會聯合會工人醫療所（醫療資助基金小組）