



香港肌健協會有限公司

Hong Kong Neuro-Muscular Disease Association Limited

一個神經 - 肌肉疾病患者及家屬的互助組織



18-19 冰桶支援計劃

申請表格 - 類別 B 或 C

接案日期：_____

檔案編號：IBC/1819/_____

1. 申請人資料 (如申請人為患者本人，此欄不必填寫)			
中文姓名：		先生 <input type="checkbox"/> 小姐 <input type="checkbox"/> 太太 <input type="checkbox"/> 女士 <input type="checkbox"/>	
英文姓名：		與患者關係：	
出生日期 (日/月/年)：		身份證號碼：	
電話：	手機：	傳真：	
電郵地址：			
通訊地址：			

2. 患者資料			
中文姓名：		先生 <input type="checkbox"/> 小姐 <input type="checkbox"/> 太太 <input type="checkbox"/> 女士 <input type="checkbox"/>	
英文姓名：			
出生日期 (日/月/年)：		身份證號碼：	
電話：	手機：	傳真：	
電郵地址：			
通訊地址：			
所患疾病名稱：			
英文名稱：		確診年份：	
主診醫生姓名：		所屬醫院：	
簡述傷殘程度：			
現居於：家 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> ：_____ (請註明)			





香港肌健協會有限公司

Hong Kong Neuro-Muscular Disease Association Limited

一個神經 - 肌肉疾病患者及家屬的互助組織



3. 家庭就業狀況（由現在至過去十二個月，同住一屋者，包括兼職）

	姓名	年齡	與患者 關係	公司名稱	職位/工作性質	每月收入	全年收入
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
總數 (A) :							

4. 其他收入（如傷殘津貼、租金、股息、保險收入及親友援助等）

	姓名	性質	每月收入	全年收入
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
總數 (B) :				
全年總收入(C) = (A) + (B) :				

2/7





香港肌健協會有限公司

Hong Kong Neuro-Muscular Disease Association Limited

一個神經 - 肌肉疾病患者及家屬的互助組織



5. 患者每月醫療 / 護理的經常支出 (如覆診、藥費、喉管、紗布、照顧員薪金等)

	內容	單價及數量	平均每月支出	全年支出
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
總數(D) :				
全年可動用收入(E) = (C) - (D) :				

6. 儲蓄,定期存款及股票 (包括同住家屬)

	賬戶持有人姓名	銀行名稱	賬戶號碼	日期	結餘
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
總數 :					





香港肌健協會有限公司

Hong Kong Neuro-Muscular Disease Association Limited

一個神經 - 肌肉疾病患者及家屬的互助組織



7. 其他支持申請計劃的原因 (非經濟因素)

--

8. 申請資助項目

註 1：類別 B 包括醫院、私人機構物理治療、嚴重殘疾人士家居照顧服務 或 嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務。
 註 2：類別 C 包括到戶照顧員服務 或 入住院舍開支，連續 7 天或以上，為期不多於 1 個月。

類別 (B/C)	服務機構名稱	服務內容	單價及數量	申請金額
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
總數：				
減：其他資助（請註明）				
申請資助金額(上限\$30,000)：				

9. 推薦人資料 (必須為醫護專業人士或醫務社工)

姓名： _____ 先生 小姐 太太 女士

任職機構：	任職機構蓋印：
職位：	
電話：	





香港肌健協會有限公司

Hong Kong Neuro-Muscular Disease Association Limited

一個神經 - 肌肉疾病患者及家屬的互助組織



10. 過去向本基金申請資助紀錄 (如適用者)

	內容	單價及數量	申請日期	資助金額
1				
2				
3				
4				
5				
總數：				

11. 申請其他基金或現金資助紀錄 (如適用者)

	基金名稱	內容	申請日期	資助金額
1				
2				
3				
4				
5				
總數：				

本人謹此聲明上述資料正確無誤，願意提供相關資料予香港肌健協會有限公司作查證及審核之用，並且同意第六頁所列明的申請須知。

(請在適當方格內加上☑)

申請人簽署

日期

職員簽署

家訪日期

5/7





香港肌健協會有限公司

Hong Kong Neuro-Muscular Disease Association Limited

一個神經 - 肌肉疾病患者及家屬的互助組織



申請須知：

1. 申請所需文件及證明只作本基金審批用途，絕對保密。
2. 申請人有責任提供足夠及清晰的經濟、醫療及相關證明，資料不全將機會影響審批結果。
3. 申請者有機會被邀約家訪，以便詳細了解申請需要。
4. 申請者審批時間需時約 3 個月，唯實際審批時間視乎申請數目多寡及急切需要而定。
5. 申請人遞交申請後，將獲本會發出的接收申請通知書，此通知書為確認申請已收妥，並不代表申請被接納及批核。
6. 本會有權諮詢或邀請協會顧問，對申請個案進行獨立專業評核。
7. 類別 A 的復康器材報價單要求：\$10,000 或以下一份報價，\$10,001 至\$50,000 兩份報價，\$50,000 以上三份報價。
8. 類別 B 或 C 的申請項目需要提供相關服務報價或收據一份。
9. 曾獲資助的申請項目將不獲優先考慮。
10. 如申請的項目已購買，將不獲本計劃接納。
11. 申請人的資助期完結前 3 個月內方可提交相同項目的申請
12. 審批委員會完成審批後，不論成功與否，個案均獲發結果通知書。
13. 申請人需自行負責實際開支與本計劃資助的差額，資助額一經批核，不予以追加。
14. 申請人需要遞交有效的正本單據予本會辦公室，方可進行報銷。
15. 獲准報銷之申請項目將收到由本會開出之支票，申請人需要簽妥支票收條，透過郵寄、親身或傳真遞交至本會辦公室。
16. 每宗獲批個案資助期為 1 年，如資助期完結時亦未完全報銷，餘額將退回計劃，供其他申請人使用。
17. 本會對申請人所購器材、用品或服務造成的損失及傷害概不負責。
18. 本會有權隨時終止計劃或對申請人的資助，毋須提供任何解釋，亦不會對因終止計劃或資助所引致的支出或後果負上任何責任。
19. 本會有權對計劃作出任何修訂而不作預先通知。
20. 若本計劃資助的器材不再適用於申請人時，器材需無條件送予香港肌健協會有限公司，供其他有需要的會員使用。
21. 申請人需以簡單的文字、錄影或拍照的形式，報告獲得資助後，對其生活的幫助，並且需要協助本會的宣傳及推廣工作。

6/7





香港肌健協會有限公司

Hong Kong Neuro-Muscular Disease Association Limited

一個神經 - 肌肉疾病患者及家屬的互助組織



18-19 冰桶支援計劃

遞交文件清單

申請者：_____

檔案編號：**IBC/1819/**_____

文件	編號
1. 醫生或專業人士推薦信	
2. 同住人士的身份證明文件	
3. 物理治療 或 照顧服務報價或收據	
4. 同住人士，過去一年所有的銀行存摺的影印本	
5. 同住人士退休金	
6. 同住人士的資產及土地物業帶來的收入	
7. 同住人士的股票、股份及其他投資收入	
8. 同住人士的保險金收入	
9. 同住人士的其他收入(請註明_____)	
10. 醫療開支：	
11. 醫療開支：	
12. 醫療開支：	
13. 醫療開支：	

