

免費申請成為四輪之友

填妥申請表後請連同近照及證明文件，親臨本會提交 或 一併寄回本會。
本會收到申請表後將於兩星期內聯絡申請者進行面見安排。

「四輪之友」編號: _____
收表日期: _____
上傳及發證日期: _____
不成功入會原因: _____

相片

申請人資料

姓名:	_____ (中)	_____ (英)
性別:	M / F	出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日
身份証號碼:	_____	殘疾人士登記證號碼: _____
家居電話:	_____	手提電話: _____ <input type="checkbox"/> whatsapp
電郵:	_____	Facebook: _____
地址:	_____	
	<input type="checkbox"/> 香港 <input type="checkbox"/> 九龍 <input type="checkbox"/> 新界 <input type="checkbox"/> 離島	
復康巴上車點:	_____	
居住狀況:	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與父母同住 <input type="checkbox"/> 與配偶同住 <input type="checkbox"/> 與子女同住 <input type="checkbox"/> 與工人同住 <input type="checkbox"/> 與朋友同住 <input type="checkbox"/> 與親屬同住 <input type="checkbox"/> 院舍	
婚姻狀況:	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶	
配偶:	<input type="checkbox"/> 殘疾人士 <input type="checkbox"/> 健全人士	
照顧者姓名:	_____ 電話: _____	關係: _____

殘疾情況(**可選多項)

殘疾成因:	<input type="checkbox"/> 意外	<input type="checkbox"/> 工傷	<input type="checkbox"/> 其他(請註明: _____)
	<input type="checkbox"/> 職業勞損	<input type="checkbox"/> 疾病** (請填類別)	
疾病類別:	<input type="checkbox"/> 器官殘障	<input type="checkbox"/> 小兒麻痺	<input type="checkbox"/> 痙攣 <input type="checkbox"/> 截肢
	<input type="checkbox"/> 肌肉萎縮	<input type="checkbox"/> 中風	<input type="checkbox"/> 其他(請註明: _____)
殘障情況:	<input type="checkbox"/> 單肢: _____	<input type="checkbox"/> 二肢: _____	<input type="checkbox"/> 三肢: _____ <input type="checkbox"/> 四肢
	<input type="checkbox"/> 言語能力	<input type="checkbox"/> 視力	<input type="checkbox"/> 聽力
	<input type="checkbox"/> 其他(請註明: _____)		
輔助工具:	<input type="checkbox"/> 手動輪椅	<input type="checkbox"/> 電動輪椅	<input type="checkbox"/> 腳架 <input type="checkbox"/> 拐杖
	<input type="checkbox"/> 助行架	<input type="checkbox"/> 義肢:	<input type="checkbox"/> 其他(請註明: _____)

緊急聯絡人資料

姓名: (中) _____ 手提電話: _____ 關係: _____

- 請揭後頁 -

生活狀況

就業狀況:	<input type="checkbox"/> 無業	<input type="checkbox"/> 退休	<input type="checkbox"/> 在職 (請註明職業 _____)		
領取以下援助項目:	<input type="checkbox"/> 沒有				
<input type="checkbox"/> 低額傷殘津貼, 或	<input type="checkbox"/> 綜援	<input type="checkbox"/> 基金			
<input type="checkbox"/> 高額傷殘津貼, 或	<input type="checkbox"/> 殘疾程度達 50%	(請註明: _____)			
<input type="checkbox"/> 長生津(高低額), 或	<input type="checkbox"/> 殘疾程度達 100%	<input type="checkbox"/> 其他			
<input type="checkbox"/> 高齡津貼, 或	<input type="checkbox"/> 需要經常護理	(請註明: _____)			
使用社區配套狀況:	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 殘疾人士地區支援中心			
	<input type="checkbox"/> 沖涼	<input type="checkbox"/> 家居清潔	<input type="checkbox"/> 送飯	<input type="checkbox"/> 陪診	<input type="checkbox"/> 物理治療
	<input type="checkbox"/> 其他(註明: _____)				
聘請受薪傭工:	<input type="checkbox"/> 沒有聘用	<input type="checkbox"/> 自費聘用	<input type="checkbox"/> 由家人支付		
	<input type="checkbox"/> 社會福利署	<input type="checkbox"/> 關愛基金	<input type="checkbox"/> 慈善基金(請註明: _____)		

申請資格:

- 申請人必須需要使用手推輪椅或電動輪椅代步，及
 - 申請人必須出示有效的「殘疾人士登記証」- 背面必須列明屬【肢體殘障】類別 或「領取傷殘津貼證明文件」
或
 - 本會社工批核，因疾病、工傷或意外而導致嚴重肢體之人士。
- 本人同意授權自強協會拍攝、修飾、使用本人肖像及影像，並只限於自強協會出版的刊物及宣傳產品，目的是公眾教育及推廣會務之用。
- 本人同意給予自強協會索取我的個人資料(包括姓名、電話、地址、電郵及相關背景資料)，作為向我促銷自強協會提供的非牟利慈善活動或中心服務。
- 本人同意給予自強協會把我的(流動電話號碼及家居電話號碼)加入自強協會電腦語音系統，藉此向我宣傳活動消息。
- 本人同意給予自強協會把我的個人資料(包括姓名、電話)交予所屬居住地區之區長，作為向我推廣地區服務之用。
- 隨表附加資料: 殘疾人士登記證(前後兩面) 傷殘津貼證明文件 背面 相片 拍照

申請者 簽署: _____ 日期: _____

面見職員簽署: _____ 日期: _____