

編號：ISS* / LST* / MHA* / Sbs* / SKH: HR* / HD* / HX* / HT* / HC* / HS* / HZ* / HJ
 (宏 HONG) 仁 REN 道 DAO 新 XIN 泰 TAI 昌 CHANG 盛 SHENG 志 ZHI 建 JIAN



聯合承辦

中國社會福利基金會（福基金）「守望相助 馳援香江」宏福苑居民援助

申請表

第一部分：申請類別

業主* / 租戶 罹難：_____ (位) 傷者：_____ (位) 失蹤者：_____ (位)

第二部分：申請人個人資料

2.1. 姓名：請以正楷填寫

(英文) 姓: _____ 名: _____ (中文) 姓: _____ 名: _____

2.2. 性別：男 女

2.3. 出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

2.4. 香港身份證號碼：_____

2.5. 現居地址：_____

2.6. 宏福苑單位地址：(宏)仁* / 道* / 新* / 泰* / 昌* / 盛* / 志* / 建 樓 室

2.7. 聯絡電話：_____

2.8. 社會福利署緊急救濟登記證 號碼：_____

第三部分：家庭成員資料

| | 家庭成員姓名 | 性別 | 年齡 | 香港身份證號碼 | 與申請人關係 | 備註 |
|----|--------|----|----|---------|--------|-------------------------|
| 1. | | | | | | 受傷* / 失蹤* / 罹難* / _____ |
| 2. | | | | | | 受傷* / 失蹤* / 罹難* / _____ |
| 3. | | | | | | 受傷* / 失蹤* / 罹難* / _____ |
| 4. | | | | | | 受傷* / 失蹤* / 罹難* / _____ |
| 5. | | | | | | 受傷* / 失蹤* / 罹難* / _____ |

(*刪除不適用者)

第四部分（如適用）

4.1. 申請人現況（如居住、經濟、家人狀況）：

4.2. 需求及支援（如醫療、住宿、生活用品、情緒輔導等）：

4.3. 請選出三項你最需要的項目，希望機構能提供相關服務：

- 健康知識 精神健康支援 壓力管理 人際關係 兒童照顧 兒童功課輔導
社區資源 法律知識 中醫心理調適 其他：_____

4.4 你可以參與服務形式可多選：

- 一對一個案服務 小組，定期 4-6 次聚會，每次 1-2 小時 室外活動
室內活動 其他：_____

第五部分：證明文件

| | 提供影印本加「✓」 | 機構核對加「✓」 |
|---------------------------------------|-----------|----------|
| 1. 申請人香港身份證 | | |
| 2. 家庭成員身份證* / 出生證明書 | | |
| 3. 2025年11月26日前地址證明（如差餉單、租約及近三個月交租記錄） | | |
| 4. 醫療* / 護理 證明（ _____份） | | |
| 5. 死亡證明（ _____份） | | |
| 6. 關係證明 | | |
| 7. 社會福利署緊急救濟登記證 | | |
| 8. 失蹤人口案件登記表（ _____份） | | |
| 9. 其他(請註明：_____) | | |

第六部分：領取支票 [只選一，請在適當方格加上☑]

| 地區 | 取支票地址[負責機構] |
|----|--|
| 新界 | <input type="checkbox"/> 大埔船灣陳屋 168 號 (鄰近比華利山別墅) [善導會] <input type="checkbox"/> 大埔運頭街 8 號-樂善堂朱定昌頤養院 [九龍樂善堂] <input type="checkbox"/> 大埔廣福邨廣仁樓 201-206 室-香港聖公會救主堂社會服務中心 [香港聖公會福利協會] <input type="checkbox"/> 大埔廣福邨廣智樓 A 翼地下 101 至 108 室-賽馬會恆悅坊 [香港心理衛生會] <input type="checkbox"/> 上水龍運街 2 號北區社區中心 2 樓 [香港國際社會服務社] |
| 九龍 | <input type="checkbox"/> 紅磡馬頭圍道三十七號紅磡商業中心 B 座 9 樓 11B 室 [善導會] <input type="checkbox"/> 九龍城龍崗道 61 號-九龍樂善堂總辦事處 [九龍樂善堂] <input type="checkbox"/> 尖沙咀彌敦道 138 號聖安德烈堂基督中心 3 樓 B-C 室-聖公會心意行動 [香港聖公會福利協會] <input type="checkbox"/> 觀塘福塘道 4 號啟能綜合康復服務大樓 9 樓-恆泰坊 [香港心理衛生會] |
| 香港 | <input type="checkbox"/> 灣仔軒尼詩道 130 號修頓中心 6 樓 [香港國際社會服務社] |

批款支票抬頭：_____ [必須與擬存票銀行戶口姓名一致]

第七部分：轉介機構[如適用]

| | |
|--|-------|
| 機構名稱 <input type="checkbox"/> 社會福利署 (一戶一社工) <input type="checkbox"/> 其他：_____ | 地址： |
| 轉介人姓名： | 職銜： |
| 電話： | 電郵： |
| 轉介人簽署： | 機構蓋章： |

第八部分：聲明及簽署

- 8.1. 本人確認以上資料屬實，並同意聯合秘書處按需要核對本人的資料(包括聯絡本人之一戶一社工)。
- 8.2. 本人完全明白此援助金章程內容及同意遵守。
- 8.3. 本人明白及同意，根據個人資料[私隱]條例，我所提供的個人資料，將會供承辦機構作申請援助金之用，並在有需要服務轉介時，提供予相關機構。
- 8.4. 本人明白及同意我所提供的個人資料，將由承辦機構轉交中國社會福利基金會作援助金核數及存檔。

[_____]

申請人簽署

姓名

日期

本人不同意接受或接收承辦機構之信息或服務。

以下由承辦機構填寫

經辦人 [_____]

日期：_____

批准人 [_____]

日期：_____

備註：_____

電話：6368-0308 電郵：fufund@isskh.org

本基金最終解釋權歸中國社會福利基金會所有