



個案編號：

--	--	--	--	--	--	--

**「健齒行動」計劃
申請表格**

注意：

1. 請用黑色或藍色原子筆以正楷填寫本申請表格。除特別註明的項目外，所有資料請以中文填寫。
2. 請在適當的方格「」內填上「」號。
3. 申請接受本計劃牙科服務的人士（下稱「申請人」）可自行申請，或由監護人（父母/祖父母/兄弟姊妹/配偶）或申請人服務單位填寫本申請表格第二部分，替申請人作出申請。
4. 作出申請時，須一併出示本申請表格第三及第四部分所列的所有證明文件。非政府機構牙科診所可拒絕資料不齊全的申請。

第一部分 申請人的個人資料

中文姓名： _____ 英文姓名： _____

性別：男 女 香港身份證號碼： _____（_____）

出生日期： _____（年） _____（月） _____（日） 聯絡電話號碼： _____

通訊地址： _____

電郵地址： _____

申請「本計劃」人士： 申請人本人
 監護人/代理人/代理機構可填寫第二部分

第二部分(甲) 監護人/代理人資料 (適用於 18 歲以下或精神無行為能力申請者)

父母 子女 兄弟姊妹 配偶 其他 _____

代理人中文姓名： _____ 代理人英文姓名： _____

性別：男 女 香港身份證號碼： _____（_____）

出生日期： _____（年） _____（月） _____（日）（代理人須為 18 歲或以上人士）

通訊地址： _____

聯絡電話號碼： _____ 電郵地址： _____

第二部分(乙) 服務單位/代理機構資料

現正接受服務的單位名稱： _____

服務單位聯絡人： _____ 聯絡電話號碼： _____

服務單位地址： _____

電郵地址（如適用）： _____

服務單位蓋印： _____

第三部分 家庭及經濟狀況

3.1 同住家庭成員每月收入

家庭成員姓名	與申請人關係	職業	每月收入	資產總值	備註
	申請人				

3.2 現時申請人是否正領取其他經濟援助： 是，請填下表 否

現正領取	經濟援助名稱	金額
<input type="checkbox"/>	綜合社會保障援助金 (綜援)	每月 HK\$
<input type="checkbox"/>	傷殘津貼	每月 HK\$
<input type="checkbox"/>	在職家庭津貼	每月 HK\$
<input type="checkbox"/>	鼓勵就業交通津貼	每月 HK\$
<input type="checkbox"/>	長者生活津貼	每月 HK\$
<input type="checkbox"/>	其他	一次性： 每月\$

第四部分 申請人 / 監護人 / 代理人 / 服務單位聲明及承諾

1. 本人已細閱及完全明白此申請表格附錄 (一)《健齒行動服務須知》，並同意其內容。
2. 本人已細閱此申請表格附錄 (二)《收集個人資料的聲明》，並完全明白其內容。
3. 本人聲明在此申請表格上填報的資料及就本計劃已／可能遞交的其他資料，均屬正確無訛。本人明白，如明知或故意作出虛假陳述或隱瞞資料，或以其他方式誤導本會，以圖取得本計劃的資助牙科服務，可被檢控。本人明白，蓄意提供虛假資料或漏報資料，企圖以欺騙手段取得本計劃的資助，屬刑事罪行。根據《盜竊罪條例》(香港法例第 210 章)，可被檢控。一經定罪，最高可被判處監禁 14 年。
4. 本人明白及同意本計劃職員會接需要聯絡社工/轉介職員及申請人，並按情況進行面談或家訪，合資格人士需經過資產或入息審查，以評估服務的需要性及急切性。本會對所有申請有最終審批及決定權。

申請人／第二部
分人士簽署： () 姓名

簽署日期： _____

遞交申請表時，請向非政府機構牙科診所出示以下文件正本：

適用於所有申請人

- 已填妥第一至第四部分的申請表格；
- 申請人的香港身份證；
- 以下其中一項證明文件：
 - 申請人正接受政府申請的經濟援助計劃證明信；或
 - 由醫院管理局發出的醫療費用減免證明書；或
 - 申請人三個月之收入證明 (如糧單及銀行月結單)

第五部分 申請人的申請資格 (本部份由牙科診所填寫)

- 第一部分申請人符合本計劃的申請資格。
- 第一部分申請人不符合本計劃的申請資格。原因： _____

牙科診所職員姓名

牙科診所職員簽署

經理簽署

審批日期

牙科診所印章