

仁安醫院仁心仁術慈善計劃
乳房健康檢查服務申請表

此部份由本堂職員填寫

收表日期: _____

檔案編號: _____

計劃簡介

- 仁安醫院「仁心仁術慈善計劃」於 2006 年成立，一直為眾多有經濟困難的病人免費提供檢查、手術及治療服務，幫助他們渡過難關，重獲新生。除了照顧病者外，計劃亦致力將健康及關愛廣傳社區。
- 仁安醫院「仁心仁術慈善計劃」現推出為期兩年的乳房健康檢查慈善計劃，希望幫助基層女士接受乳房檢查，達到及早發現及推廣恆常乳房檢查的重要性。
- 除了提供服務資助外，計劃亦會借助仁安醫院的 X 光造影設備、專科醫生及醫護人員推行本計劃。受惠者接受超聲波及 X 光造影檢查後，會由仁安醫院乳房保健及治療中心的醫生檢視報告。受惠者其後將獲專業醫護人員講解關於乳癌的資訊及指導自行檢查乳房的技巧。若報告顯示有異常狀況，計劃亦會協助該受惠者作進一步檢查。
- 九龍樂善堂為今次計劃的合作伙伴，透過樂善堂的社區醫療網絡，接觸到一眾目標受惠女士。有興趣的女士可以填妥下方申請表，如符合資格將有專人聯絡。如有查詢可以致電 2272 9870 聯絡九龍樂善堂職員。

第一部分: 個人資料

申請人姓名:	中文:	英文:
身份證號碼:	出生日期:	
聯絡電話:	電郵地址:	
聯絡地址:		

第二部分: 過往紀錄

是否已登記醫健通?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是, 登記號碼: _____
是否現在懷孕?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是
是否有乳癌家族病史?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是, 與妳關係 _____
是否做過乳房 X 光造影檢查?	<input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是, 上次檢查日期: _____
檢查原因:	<input type="checkbox"/> 定期檢查	<input type="checkbox"/> 懷疑有異常, 請說明 _____

第三部分: 申請人經濟狀況 (只需完成其中一欄資料, 請在適當位置打✓)

<input type="checkbox"/> 3.1 綜合社會保障援助計劃 (綜援) 受助人	請附上社會福利署發出的醫療費用豁免證明書副本
<input type="checkbox"/> 3.2 低收入人士	<p>申請人經濟狀況:</p> <p>申請人職業 <input type="checkbox"/> 全職 / 兼職 職位: _____</p> <p><input type="checkbox"/> 失業 由 _____ 至 _____</p> <p><input type="checkbox"/> 已退休</p> <p>最近一年的全部收入港幣 HKD\$ _____</p> <p>申請人全部資產總值: HKD\$ _____</p>

同住的家庭成員數目: _____ (不包括申請人)					
家庭最近一年的全部收入(HKD\$): _____ (不包括申請人)					
家庭全部資產總值(HKD\$): _____ (不包括申請人)					
家庭成員資料	家庭成員 1	家庭成員 2	家庭成員 3	家庭成員 4	家庭成員 5
姓名:					
年齡:					
性別:					
職業:					
與申請人關係:					
一年的總收入(HKD\$)					

第四部分: 聲明

- 本人沒有乳癌紀錄。
- 本人過去 18 個月內未有接受過乳房超聲波及 X 光造影檢查及現時沒有懷孕。
- 本人確認本申請表格的內容、所填報資料及證明文件均屬實。本人批准仁安醫院、仁安醫院仁心仁術慈善計劃及九龍樂善堂查閱本人所提供的資料，並可要求本人提供本申請所需的資料和證明文件。如提交申請後本人的情況有變，本人會主動更新有關資料。
- 本人同意仁安醫院、仁安醫院仁心仁術慈善計劃及九龍樂善堂調查本人及同住家庭成員的經濟狀況，若證明本申請表格內申報的入息資料失實，上述機構有權向本人追討賠償。
- 本人申報之所有個人資料及經濟狀況，全屬真確完整。本人同意仁安醫院、仁安醫院仁心仁術慈善計劃及九龍樂善堂跟進本人的檢查情況，並同意上述機構將本人所填寫之個人資料、乳房檢查資料作統計及分析用途。
- 本人明白仁安醫院、仁安醫院仁心仁術慈善計劃及九龍樂善堂對個人資料絕對保密，並只會用作數據分析及教育用途。
- 本人明白及同意仁安醫院、仁安醫院仁心仁術慈善計劃及九龍樂善堂有機會於檢查程序前後及諮詢服務中進行拍照及攝錄作慈善宣傳之用。
- 本人同意仁安醫院、仁安醫院仁心仁術慈善計劃及九龍樂善堂擁有審批本申請的最終決定權，並可以拒絕本申請而無須給予任何理由。
- 本人同意由仁安醫院安排服務時間，確認預約時間後不得修改。若本人未能在指定時間完成所預約之服務，會被視作放棄其參與資格。
- 本人明白本檢查計劃並不包括其他跟進及治療服務，如有需要，請向醫生查詢。
- 合資格的申請人將獲本會個別通知。
- 資料不全或未能提供有效證明文件的申請恕不受理。
- 注意：若已發現病變徵狀(如乳頭出血或變形等)，便不適宜申請本計劃；妳應立即求診，以免耽誤病情。

第五部分: 注意事項

- 申請人必須先了解本計劃之申請資格、流程及評審準則，如有疑問請與本堂同事查詢。
- 仁安醫院及仁心仁術慈善計劃會保留最終決定權。

第六部分: 同意及簽署

*我已閱讀、明白並同意上述條款及條件。

申請人簽署: _____

日期: _____

*請刪除不適用句子

請在適當位置打✓

附錄:

申請者須知

申請程序
<ul style="list-style-type: none">● 申請者需先登記醫健通● 申請表格可於網上完成 或 可向樂善堂總堂醫務部 索取。該表格也可從本堂網站(https://www.loksintong.org/lok-sin-tong-x-union-hospital-charity-program-breast-cancer-screening-programme) 下載。<ul style="list-style-type: none">- 網上申請: 申請人需填妥資助申請表及上傳所需之文件 或- 郵寄: 填妥申請表連同所需文件副本郵寄 至「九龍城龍崗道 61 號-樂善堂醫務部」, 信封面須註明計劃名稱及 或- 電郵 至 msd@loksintong.org 。● 申請人每次只可以遞交一份申請書, 並確保所需文件副本齊全。重覆遞交或資料不齊全的申請將不獲處理。● 九龍樂善堂在接獲申請後, 會先以申請人是否符合申請資格及資料是否齊全作出初步評審, 隨後再由本堂作評估以選擇合適的接受資助個案。申請人如獲批資助, 會在遞交申請書日期後兩星期, 獲本堂個別通知。● 仁安醫院及仁心仁術慈善計劃會就獲批個案作進一步跟進, 並保留最終決定權。
所需文件:
<ul style="list-style-type: none">● 填妥之資助申請表● 身份證明文件● 如屬綜援受助人, 只需提供社會福利署發出的醫療費用豁免證明書副本● 非綜援領取者需提供個人及其同住家人最近三個月 的全部收入及資產證明副本, 包括所有銀行帳戶的月結單 及 糧單/稅單/公司證明信
申請人法律責任
申請人所提供的資料必須真確及完整。任何人士以欺詐手段獲得財物/金錢利益/任何利益, 或為使自己或另一人獲益, 或意圖使另一人遭受損失, 而不誠實地以欺騙手段促致在銀行的紀錄內記入記項, 均屬違法行為。申請人如明知或故意作虛假陳述或隱瞞任何資料以騙取資助, 或已申報的資料如有所改變並可能導致申請人不符合資格申請資助, 而申請人蓄意不向本院申報有關資料的變更, 可能會引致被檢控。
如有任何疑問, 歡迎向我們查詢
<p>九龍樂善堂 醫務部 地址: 九龍城龍崗道 61 號 電話: 2272 9870 電郵: msd@loksintong.org</p>