

「賽馬會健腔護齒計劃」申請表格

第一部分 (甲) : 申請人資料							
中文姓名				英文姓名			
出生日期 (年/月/日)				性別	☐ 男 ☐ 女		
身份證明文件類型 ☐ 香港身份證 ☐ 其他身份證明文件，請註明：_____							
身份證明文件號碼				聯絡電話			
住址							
電郵地址 (如適用)							

第一部分 (乙) : 申請人之父母 / 法定監護人 / 代理人個人資料 (只適用於未滿十八歲 或 精神上無行為能力的申請人)	
中文姓名	英文姓名
身份證明文件類型 ☐ 香港身份證 ☐ 其他身份證明文件 請註明：_____	與申請者的關係 ☐ 父親 ☐ 母親 ☐ 法定監護人 ☐ 其他：_____
身份證明文件號碼	聯絡電話
電郵地址 (如適用)	

第二部分：資格類別		
2.1 請於適當的方格「 ☐ 」內加「✓」		
(a) 社會福利署綜合社會保障援助計劃的受助人	☐ 是	☐ 否
(b) 申請人目前是否有參與關愛基金「長者牙科服務資助」項目	☐ 是	☐ 否
(c) 申請人目前是否有參與其他診所的賽馬會健腔護齒計劃?	☐ 是	☐ 否

第二部分：資格類別

2.2 請選擇 一項 申請人符合賽馬會健腔護齒計劃的資格類別，並在相應的方格「□」內打「✓」。

- ☐ 1. 社會福利署「長者生活津貼」的受助人
- ☐ 2. 已獲得醫院管理局「醫療費用減免」資格人士
- ☐ 3. 社會福利署津助的「綜合家居照顧服務(體弱個案)」/「改善家居及社區照顧服務」/「家居支援服務」(第一或第二級別收費/共同付款級別)的使用者
- ☐ 4. 社會福利署「長者社區照顧服務券計劃」的受助人(第二級共同付款級別)
- ☐ 5. 在職家庭津貼計劃的受助人
- ☐ 6. 學生資助計劃的受助人(包括「學校書簿津貼計劃」、「學生車船津貼計劃」及「上網費津貼計劃」)
- ☐ 7. 家庭每月入息不高於政府統計處公佈的上年度第四季按住戶人數劃分的家庭住戶每月入息中位數
(需填寫 2.3 部分)
(註：以遞交申請表月份前三個月的平均入息計算)

2.3 申請人及家庭成員資料 (只適用於資格類別 7) 申請家庭人數如多於 6 人，請另行加白紙。

	申請人	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
中文姓名	不適用					
英文姓名	不適用					
年齡						
職業						
與申請人關係	不適用					
平均每月入息* (港幣)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)
平均每月家庭總入息 (港幣)	(A) + (B) + (C) + (D) + (E) + (F) = \$ _____					

*以遞交申請表月份前三個月的平均入息計算。入息包括：(1) 固定/非固定底薪；及 (2) 生活津貼/逾時工作收入/花紅或佣金/其他津貼或獎金，不包括年終花紅或年終佣金，扣法定強積金/認可職業退休計劃(俗稱「公積金」)供款後的扣稅前淨收入。如沒有入息，請填寫「0」。

第三部分：聲明及承諾

本人作出以下聲明及承諾：

1. 本人同意參加 / 同意申請人參加「賽馬會健腔護齒計劃」。本人同意並授權博愛醫院收集、處理及使用申請人的個人資料，以作核實受惠資格、辦理申請及提供牙科服務用途。本人知悉博愛醫院有權查閱本人所提供的所有資料，並要求提供所需證明文件。如提交申請後申請人的情況有變，本人會主動更新有關資料。
2. 本人聲明在此表格上填報的資料及就「賽馬會健腔護齒計劃」已遞交 / 可能遞交的其他資料，均屬正確無誤。本人明白如明知或故意作出虛假陳述或隱瞞資料，或以其他方式誤導博愛醫院，意圖取得「賽馬會健腔護齒計劃」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「賽馬會健腔護齒計劃」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。
3. 本人已閱讀並瞭解計劃最新版本的《申請人須知》及《個人資訊收集聲明》，明白並同意其內容。
4. 本人明白只會被資助「賽馬會健腔護齒計劃」下的指定服務項目。如本人使用之服務項目不包括在「賽馬會健腔護齒計劃」範圍內時，本人需自行承擔該服務的費用。
5. 本人知悉博愛醫院有權要求申請人於下一個年度重新遞交申請及有效證明文件，以讓申請人繼續使用服務。
6. 本人明白資料不全或未能提供有效證明文件的申請恕不受理。本人同意博愛醫院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。

以下只適用於未滿十八歲 或 精神上無行為能力的申請人

7. 未滿十八歲或精神上無行為能力的申請人父母、法定監護人或代理人替申請人向博愛醫院作出申請時，須一併出示本申請表格第四部分所列的所有證明文件。如申請人父母、法定監護人或代理人未能陪同申請人首次應診，請將填妥的申請表格及第四部分所列的所有證明文件正本（如父母、法定監護人或代理人於首次應診未能親自陪同申請人，可提供香港身份證副本作核對），交予陪同申請人首次應診者，向博愛醫院遞交。博愛醫院可拒絕資料不齊全的申請。

同意及簽署

申請人簽署	申請人之父母 / 法定監護人 / 代理人簽署(如適用)
簽署日期	簽署日期

第四部分：申請文件(由職員填寫)

(參考編號:_____)

職員已核對申請人下列申請文件，並在適當之方格「□」內打「✓」。

(a) 適用於所有申請人

- ☐ 申請人的身份證明文件正本
- ☐ 第二部分符合申請「賽馬會健腔護齒計劃」資格類別的證明文件正本

(b) 適用於未滿十八歲 或 精神上無行為能力的申請人

- ☐ 父母 / 法定監護人 / 代理人的身份證明文件
(如父母 / 法定監護人 / 代理人未能親自陪同申請人應診，可提供身份證明文件副本作核對)
- ☐ 關係證明文件，例如申請人的出生證明文件、證明監護人與申請人關係的宣誓證明書或自述書。

負責職員簽署：

職員姓名及職位：

日期：