

基督教家庭服務中心牙科服務

承蒙香港公益金醫療援助基金撥款資助舉辦為期兩年的「健康「齒」中尋 - 基層牙科支援計劃」。此計劃為合資格的香港低收入人士提供免費牙科治療及牙科護理津貼以鼓勵有牙患之人士盡快就醫。

服務地點：

基督教家庭服務中心 - 土瓜灣牙科診所

基督教家庭服務中心 - 觀塘牙科診所 (綜合家庭醫療健康中心)

有關本計劃的詳情及預約，請致電牙科診所查詢。

🦷 土瓜灣牙科診所

電話：3590 9449

地址：九龍土瓜灣樂民新村G座144號舖

電郵：mc@cfsc.org.hk

服務時間：星期一至六：上午9時至下午1時
星期一至五及隔個星期六：下午2時至下午6時
星期日及公眾假期休息

🦷 觀塘牙科診所 (綜合家庭醫療健康中心)

電話：2950 8101

地址：九龍觀塘翠屏道3號9樓

電郵：mc@cfsc.org.hk

服務時間：星期一至六：上午9時至下午1時
星期一至五：下午2時30分至下午7時30分
星期日及公眾假期休息



基督教家庭服務中心
Christian Family Service Centre



本計劃由公益金醫療援助基金資助
This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund

健康「齒」中尋 基層牙科支援計劃



資助合資格人士不多於\$3200



歡迎查詢

觀塘牙科診所(綜合家庭醫療健康中心) 2950 8101

土瓜灣牙科診所 3590 9449



計劃申請表格，可親臨本診所索取或於本會網頁下載
<https://health.cfsc.org.hk/pdcsp>

服務目的

- ✓ 協助有經濟困難的人士及時處理牙患
- ✓ 提升市民對口腔衛生的關注

服務對象

- ✓ **基層人士** > 正受惠於政府資助計劃的低收入香港居民
- ✓ **申請人必須屬於以下其中一個受惠資格組別：**
 - A. 綜合社會保障援助（綜援）計劃（非符合牙科資助人士）；
 - B. 在職家庭津貼計劃；
 - C. 鼓勵就業交通津貼計劃；
 - D. 現金津貼試行計劃；
 - E. 短期食物援助服務；
 - F. 過渡性房屋計劃；
 - G. 為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼計劃；
 - H. 為低收入家庭護老者提供生活津貼計劃；
 - I. 居住在公共房屋或簡約公屋；
 - J. 長者生活津貼；
 - K. 傷殘津貼；
 - L. 獲得醫療費用減免的人士；或
 - M. 經濟困難家庭（提供證明相當於在職家庭津貼計畫申請標準的每月入息及資產水準）

服務內容

- ✓ **為合資格人士提供資助接受牙科治療**
 - ★ 治療項目：口腔檢查、洗牙、X光、口腔全景X光（OPG）、補牙、拔牙、根管治療、牙橋和牙套
 - ★ 合資格人士可接受牙齒治療項目（不多於價值\$3,200的資助項目）
 - ★ 如治療項目超出資助金額，申請人需要按診所之價目表付超出的部份
 - ★ 歡迎社工或機構轉介個案

在遞交申請時，請連同以下文件副本郵寄、電郵或親身遞交至本會牙科診所。

- ★ 已填妥的申請表格；
- ★ 申請人的香港身份證；
- ★ 以下其中一項證明文件：
 - a. 申請人正接受政府申請的經濟援助計劃証明信；或
 - b. 醫院管理局發出的醫療費用減免證明書；
 - c. 最近連續3個月的銀行月結單或存摺顯示每月長者生活津貼存款；
 - d. 申請人過去3個月的收入證明（例如糧單、銀行月結單）



個案編號：

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

「健康「齒」中尋 - 基層牙科支援」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/代理人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 ☐ 其他_____

監護人/代理人中文姓名：_____ 監護人/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）（監護人/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 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
☐	綜合社會保障援助（綜援）計劃 (CSSA) (非符合牙科資助人士)	每月 HK\$
☐	在職家庭津貼計劃 (WFSFAA)	每月 HK\$
☐	鼓勵就業交通津貼計劃	每月 HK\$
☐	現金津貼試行計劃	每月 HK\$
☐	短期食物援助服務	每月 HK\$
☐	過渡性房屋計劃	每月 HK\$
☐	為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼計劃	每月 HK\$
☐	為低收入家庭護老者提供生活津貼計劃	每月 HK\$
☐	居住在公共房屋或簡約公屋	
☐	長者生活津貼	每月 HK\$
☐	傷殘津貼	每月 HK\$
☐	獲得醫院管理局所發出醫療費用減免的人士	
☐	經濟困難家庭（提供證明相當於在職家庭津貼計畫申請標準的每月入息及資產水準）	每月入息 HK\$

第四部分 申請人 / 監護人 / 代理人 / 服務單位聲明及承諾

- 本人已細閱及完全明白此申請表格附錄（一）《健康「齒」中尋 - 基層牙科支援計劃服務須知》，並同意其內容。
- 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。
- 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。
- 本人明白及同意本計劃職員會按需要聯絡社工／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(正受惠於政府資助計劃的低收入香港居民)

- ☐ 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
 - ☐ 綜合社會保障援助（綜援）計劃 (CSSA) (非符合牙科資助人士)
 - ☐ 在職家庭津貼計劃 (WFSFAA)
 - ☐ 鼓勵就業交通津貼計劃
 - ☐ 現金津貼試行計劃
 - ☐ 短期食物援助服務
 - ☐ 過渡性房屋計劃
 - ☐ 為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼計劃
 - ☐ 為低收入家庭護老者提供生活津貼計劃
 - ☐ 居住在公共房屋或簡約公屋
 - ☐ 長者生活津貼 / 傷殘津貼
 - ☐ 醫院管理局發出的醫療費用減免證明書
 - ☐ 最近連續 3 個月的銀行月結單或存摺顯示每月長者生活津貼存款；
 - ☐ 申請人過去 3 個月的收入證明（例如糧單、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



「健康「齒」中尋 - 基層牙科支援」計劃（下稱「本計劃」） - 附錄一

接受牙科服務須知

1. 「健康「齒」中尋 - 基層牙科支援」計劃（「本計劃」）：

本計劃由香港公益金醫療援助基金資助基督教家庭服務中心牙科服務為符合資格而正領取經濟援助的低收入香港居民提供牙科檢查及治療。

2. 受惠資格：

- (a) 申請接受牙科服務人士（下稱「申請人」）必須為正受惠於政府資助計劃的低收入香港居民
- (b) 在申請本計劃時，申請人必須正領取政府的經濟援助，屬於以下其中一個受惠資格組別：
 - (i) 綜合社會保障援助（綜援）計劃 (CSSA) (非符合牙科資助人士)
 - (ii) 在職家庭津貼計劃 (WFSFAA)
 - (iii) 鼓勵就業交通津貼計劃
 - (iv) 現金津貼試行計劃
 - (v) 短期食物援助服務
 - (vi) 過渡性房屋計劃
 - (vii) 為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼計劃
 - (viii) 為低收入家庭護老者提供生活津貼計劃
 - (ix) 居住在公共房屋或簡約公屋
 - (x) 長者生活津貼
 - (xi) 傷殘津貼
 - (xii) 獲得醫院管理局所發出醫療費用減免的人士；或
 - (xiii) 經濟困難家庭（提供證明相當於在職家庭津貼計畫申請標準的每月入息及資產水準）

3. 填寫申請表格和遞交申請：

在遞交申請書時，請填妥申請表格，並在表格上簽署，以及連同以下文件正本親身遞交至本會牙科診所。

- ☐ 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：
 - ☐ 綜合社會保障援助（綜援）計劃 (CSSA) (非符合牙科資助人士)
 - ☐ 在職家庭津貼計劃 (WFSFAA)
 - ☐ 鼓勵就業交通津貼計劃
 - ☐ 現金津貼試行計劃
 - ☐ 短期食物援助服務
 - ☐ 過渡性房屋計劃
 - ☐ 為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼計劃
 - ☐ 為低收入家庭護老者提供生活津貼計劃
 - ☐ 居住在公共房屋或簡約公屋
 - ☐ 長者生活津貼
 - ☐ 傷殘津貼
 - ☐ 醫院管理局發出的醫療費用減免證明書
- ☐ 最近連續3個月的銀行月結單或存摺顯示每月長者生活津貼存款；
- ☐ 申請人過去3個月的收入證明（例如糧單、銀行月結單）

4. 可以代表申請人申請本計劃之人士：

- (a) 如申請人為 18 歲以下人士或是精神無行為能力人士，則可由父母/祖父母/兄弟姊妹/配偶填寫申請表格第二部分（甲），或由服務單位填寫申請表格第二部分（乙），替申請人作出申請。申請表格第二部分人士沒有權力同意申請人接受本計劃提供的初步口腔檢查，牙醫可根據《精神健康條例》（香港法例第 136 章）第 4C 部分規定提供初步口腔檢查及制定口腔護理計劃。
- (b) 如診所牙醫在檢查後，認為登記人需要接受進一步牙科治療，牙醫須根據《精神健康條例》（香港法例第 136 章）第 4C 部分規定提供進一步牙科治療。



基督教家庭服務中心
Christian Family Service Centre



本計劃由公益金醫療援助基金資助
This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund

5. **服務資助詳情：**

- (a) 在本計劃下，香港公益金醫療援助基金只會向申請人資助最高\$3,200 的治療項目，一般只會處理牙齒檢查、洗牙、補牙、脫牙及X光、OPG全景X光檢查、根管治療、牙橋及牙套之項目。如申請人需要額外的牙科治療其金額超過\$3,200，牙科診所會在治療開始前向申請人報價，在取得申請人同意後將會收取差額的部份。
- (b) 在獲審批後，申請人無論基於任何理由未能於三個月內應診，牙科診所所有權終止為申請人繼續提供牙科服務。
- (c) 參與計劃的牙醫會盡力為申請人提供計劃下的服務，但申請人是否適合接受牙科服務，需視乎申請人的口腔及健康狀況，牙醫可以基於專業判斷或理由而拒絕為申請人提供牙科服務。
- (d) 每名申請人只能受惠於本計劃一次。
- (e) 申請人需於基督教家庭服務中心牙科服務土瓜灣牙科診所或觀塘牙科診所接受所有牙科服務。

6. **處理申請：**

申請人或申請表格第二部分人士簽署第四部分，即代表同意：

- (a) 牙科診所在處理申請時，查閱申請人所遞交的資料及其資格。有需要時，牙科診所會聯絡申請人或申請表格第二部分人士澄清或要求遞交補充資料，如資料不齊全或不符合資格，將不能獲得本計劃的資助牙科服務。
- (b) 經審查後，如發現個案的資料失實或存在其他問題，本會有權把個案轉交警務處跟進。

7. **查詢：**

有關本計劃的詳情，請致電牙科診所查詢。

牙科診所名稱	電話號碼	地址	電郵
基督教家庭服務中心牙科服務 土瓜灣牙科診所	3590 9449	九龍樂民新村G 座 144 號舖	mc@cfsc.org.hk
基督教家庭服務中心牙科服務 觀塘牙科診所 (綜合家庭醫療 健康中心)	2950 8101	九龍觀塘翠屏道 3 號 9 樓	mc@cfsc.org.hk



基督教家庭服務中心
Christian Family Service Centre



本計劃由公益金醫療援助基金資助
This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund

「健康「齒」中尋 -

基層牙科支援」計劃（下稱「本計劃」）- 附 錄二收集個人資料的聲明

收集資料的目的

- 基督教家庭服務中心牙科服務有限公司牙科診所，會使用本計劃所收集的任何個人及醫療資料（下稱「資料」）作下列或其他相關的用途：
 - (a) 在本計劃下辦理代申請接受牙科服務18歲以下人士或精神無行為能力人士(下稱「申請人」)的申請及接受牙科服務事宜（如適用），包括但不限於本申請表格所述的程序，並在有需要時與申請人或申請表格第二部分人士聯絡；
 - (b) 診治跟進及用作醫療記錄；
 - (c) 在查詢或投訴個案中便利溝通或跟進；及
 - (d) 按法律規定、授權或作許可的用途。
- 基督教家庭服務中心牙科服務有限公司牙科診所，會將資料轉移至香港公益金醫療援助基金，以申領本計劃下之資助。而香港公益金醫療援助基金/衛生署可能會使用資料作下列或其他相關的用途：
 - (a) 與相關政府部門（包括但不限於社會福利署）持有的資料核對，以確定申請人是否符合本計劃的資格；
 - (b) 作統計用途，但所得的統計數字，會以不能辨識任何當事人身份的形式發表；
 - (c) 在查詢或投訴個案中便利溝通或跟進；及
 - (d) 按法律規定、授權或作許可的用途。
- 提供個人資料純屬自願，但申請人或申請表格第二部分人士如未能提供足夠和正確的資料，基督教家庭服務中心牙科服務有限公司牙科診所可能無法處理申請人的申請，而最終取消申請人的申請資格。

查閱個人資料

除了《個人資料（私隱）條例》（香港法例第486章）規定的豁免範圍之外，申請人或申請表格第二部分人士有權要求查閱及改正未被刪除的資料，或索取申請人或申請表格第二部分人士的個人資料的複本，但基督教家庭服務中心牙科服務有限公司牙科診所有可能向申請人或申請表格第二部分人士收取有關費用。

如申請人或申請表格第二部分人士希望查閱本人及／或申請人的個人資料或查詢個人資料私隱政策，以及在查閱個人資料後要求改正所得的資料，請向基督教家庭服務中心牙科服務有限公司牙科診所提出。

職位名稱 ： 基督教家庭服務中心牙科服務有限公司服務經理
地址 ： 九龍觀塘翠屏道 3 號 9 樓綜合家庭醫療健康中心
電話 ： 2950 8101

申請「健康「齒」中尋 - 基層牙科支援」聲明書

本人_____現正申請由「健康「齒」中尋 - 基層牙科支援」，並且正在領取綜緩。經諮詢過社會福利處職員,得知無法領取綜緩牙科報價信,但由於經濟有困難,故申請「健康「齒」中尋 - 基層牙科支援」。

本人謹此聲明，以上資料均屬真實無訛。

申請人簽署:_____

日期: _____