

## 愛心天使義務社區保姆義工服務申請表

申請編號： \_\_\_\_\_

\*請出示幼兒之出生證明書及父母之身份證 (及提供影印副本一份)

申請幼兒資料			
幼兒姓名 (中文)		(英文)	
出生地點 / 出世紙編號	/	出生日期	年 月 日
性別	男 / 女	年齡	歲 月
通訊地址			
家中電話		手提電話	

家庭背景	
幼兒是否來自單親家庭？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
幼兒父母其中一方是否於內地居住？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
幼兒或其家庭成員是否來港不足一年？	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

父母或監護人資料 (*必須填寫)			
	父親	母親	監護人/照顧者
姓名 (中文)			
姓名 (英文)			
年齡			
身份證號碼			
聯絡電話 (公司)			
聯絡電話 (手提)			
職業 / 公司名稱	/	/	/
辦公時間	<input type="checkbox"/> 一至五 ____ am - ____ pm <input type="checkbox"/> 六至日 ____ am - ____ pm <input type="checkbox"/> 公眾假期 ____ am - ____ pm 共: ( ____ 小時/星期/月)	<input type="checkbox"/> 一至五 ____ am - ____ pm <input type="checkbox"/> 六至日 ____ am - ____ pm <input type="checkbox"/> 公眾假期 ____ am - ____ pm 共: ( ____ 小時/星期/月)	<input type="checkbox"/> 一至五 ____ am - ____ pm <input type="checkbox"/> 六至日 ____ am - ____ pm <input type="checkbox"/> 公眾假期 ____ am - ____ pm 共: ( ____ 小時/星期/月)

家庭成員資料 (如有多過 3 名家庭成員，請取 FORM 1A)			
	成員 1	成員 2	成員 3
姓名 (中文)			
姓名 (英文)			
年齡			
性別	男 / 女	男 / 女	男 / 女
與幼兒關係			
職業			
學校或辦公室名稱			

**幼兒身體狀況申報 (請在適當□內加✓號)**

1. 申請幼兒身體一切正常?

是

否 ，請註明：\_\_\_\_\_

2. 申請幼兒沒有長期病患?

是

否 ，請註明：\_\_\_\_\_

3. 申請幼兒可參加一般社交及戶外活動?

是

否 ，請註明：\_\_\_\_\_

4. 申請幼兒有否對哪些食物過敏?

有 ，請註明：\_\_\_\_\_

否

5. 申請幼兒有否對哪些藥物過敏?

有 ，請註明：\_\_\_\_\_

否

6. 申請幼兒是否需要特殊照顧?

是 ，請註明：\_\_\_\_\_

否

7. 申請幼兒是否有特別學習需要?(如:多動症,自閉症, 學習遲緩,情緒問題,行為問題等..)

有 ，請註明：\_\_\_\_\_

否

不知道

8. 家長是否需要接送服務?

是 ，請註明學校：\_\_\_\_\_班別：\_\_\_\_\_學號：\_\_\_\_\_ (必須填寫)

否

9. 幼兒是否需要特別膳食服務?

是 ，請註明(必須填寫)：\_\_\_\_\_

否

託管原因 (請在適當處加✓號)	請出示下列證明文件	審核員是否批核?
父母或照顧者需處理緊急事情 (請填寫「其他」一項) 請詳列：	<input type="checkbox"/> 如覆診證明文件，出席工作面試等	
父/母從事全職工作(每月 120 小時)； 父/母每月需工作 104 小時或以上， 以致申請幼兒未能在家中得到適當照顧。 請詳列：	<input type="checkbox"/> 提交聘用，受僱時數等證明  <input type="checkbox"/> 自定擬備的聲明 (只適用於無法提供僱主證明的散工)	
父母為長期病患者、殘疾人士或需長期住院接受治療，例如： <input type="checkbox"/> 父/母正留院並可能需要長期住院接受治療，於出院後仍需一段長時間才能康復； <input type="checkbox"/> 父/母健康欠佳，例如患有癌病、腎病、肺結核或心臟病等； <input type="checkbox"/> 父/母是肢體殘疾人士智障人士或精神病患者。 <input type="checkbox"/> 請詳列：	<input type="checkbox"/> 由醫院或醫生簽發的證明書	
幼兒來自單親或破碎家庭，例如： <input type="checkbox"/> 父/母為鰥寡、離婚、分居或被遺棄人士； <input type="checkbox"/> 幼兒是非婚生子女，並且非由父母共同照顧； <input type="checkbox"/> 由親戚照顧的孤兒／半孤兒 <input type="checkbox"/> 請詳列：	<input type="checkbox"/> 離婚／分居證明文件  <input type="checkbox"/> 出生證明書及由非婚生子女父母自擬備的聲明	
幼兒本身需要全日照顧，例如： <input type="checkbox"/> 幼兒是雙胞胎/三胞胎的成員； <input type="checkbox"/> 幼兒是虐兒個案的受害者； <input type="checkbox"/> 幼兒的父/母為藥物濫用者，酗酒人士或年紀老邁，而被認為未能為幼兒提供妥善的照顧； <input type="checkbox"/> 幼兒的父/母/監護人因坐牢或其他合理理由需長時間離家。 <input type="checkbox"/> 請詳列：	<input type="checkbox"/> 由醫院或醫生簽發的證明書  <input type="checkbox"/> 社工推薦書  <input type="checkbox"/> 自行擬備的聲明書及有關證明文件	
因其他家庭成員的特別情況，申請幼兒需要全日照顧，例如： <input type="checkbox"/> 父母需照顧其殘疾，智障，長期病患，年逾 70 或未能自我照顧的家庭成員。 <input type="checkbox"/> 請詳列：	<input type="checkbox"/> 有關家庭成員的香港身份證  <input type="checkbox"/> 由醫院或醫生簽發的證明書  <input type="checkbox"/> 傷殘證明文件	
幼兒來自大家庭，例如： <input type="checkbox"/> 幼兒有兩個或以上兄弟姊妹 (其中最少要有兩名六歲以下的兒童在家中接受照顧)； <input type="checkbox"/> 家中有四個或以上年齡在十二歲以下的兒童 (其中最	<input type="checkbox"/> 出生證明書	

	少要有三名童在家中接受照顧) <input type="checkbox"/> 請詳列：		
	由社工轉介的特別個案，(請使用社會福利署表格) 請列明： 轉介機構： 轉介原因： 幼兒父母資料：	<input type="checkbox"/> 社工轉介信件 <input type="checkbox"/> 轉介表格	
	其他：請列明原因: _____ _____ _____ _____ _____		

轉介來源 (請在適當處加✓號)	
<input type="checkbox"/>	政府機構 (請註明機構名稱/同工姓名及聯絡電話)：
<input type="checkbox"/>	非政府機構 (請註明機構名稱/同工姓名及聯絡電話)：
<input type="checkbox"/>	學校 (請註明機構名稱/同工姓名及聯絡電話)：
<input type="checkbox"/>	本會之宣傳活動 (名稱和日期)：
<input type="checkbox"/>	朋友：
<input type="checkbox"/>	其他：

服務形式 (請在適當處加✓號)	
<input type="checkbox"/>	愛心天使義務社區保姆服務 (於保姆家中服務)
<input type="checkbox"/>	其他:_____

初步預計要求服務日期及時間	
日期/ 時間	<input type="checkbox"/> 星期 __ 至 __ ( __ am - __ pm ) 共: ( __ 小時/星期 ) 首次服務日期 / 時間: __/__/__ ( __ am - __ pm )

家庭每月入息總額，請於適當空格上打☑：

5,000 或以下	<input type="checkbox"/>	5,001 - 10,000	<input type="checkbox"/>	10,001 - 15,000	<input type="checkbox"/>	15,001 - 20,000	<input type="checkbox"/>
20,001 - 25,000	<input type="checkbox"/>	25,001 - 30,000	<input type="checkbox"/>	30,001 或以上	<input type="checkbox"/>	綜合援助金受助者	<input type="checkbox"/>

若需申請服務費用減免，請向職員索取《表格 4A》填寫，並出示下列證明文件：

- 1) 家庭最近 6 個月之入息證明(糧單及僱主信上列名職銜，工作時間及每月薪金等)
- 2) 住址證明(只接受水 /電 /煤費單)

### \*\*\*個人聲明 (請父母/監護人宣讀)

- 本人以上所提供的資料皆真實無誤，並無虛假。
- 如有任何情況更改，本人有責任盡快於一星期內通知中心，否則一切因資料錯誤或不足導致的服務延誤，一概由本人負責。

聲明人姓名: \_\_\_\_\_ 簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

監聲明負責同工: \_\_\_\_\_ 簽署: \_\_\_\_\_ 日期: \_\_\_\_\_

### 個人私隱

根據 2013 年 4 月 1 日實施之《2012 年個人資料(私隱)(修訂)條例》，閣下向本中心所提供的個人資料，只會供本會作為閣下申請「鄰里支援幼兒照顧計劃」使用。未經閣下同意，本會不會將閣下的個人資料轉予其他機構或人士或其他使用。為確保閣下掌握本會的最新動向，我們將會繼續為您提供活動、課程及各類資訊，其中包括通訊服務、服務/活動/義務工作/典禮/課程推廣及邀請、籌募或收集意見等用途。

本人已知悉並同意上述的安排

本人不同意離島婦聯有關使用本人資料於上述用途的安排

申請幼兒之父/母/監護人姓名: \_\_\_\_\_

申請幼兒之父/母/監護人簽名: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_