



請填妥表格並傳真至 34211290

此欄由職員填寫

《善明行動》申請表

PART A 申請人資料

姓名：	(中)	(Eng)	性別：	男/女
身份證號碼：	()	出生日期：	/ /	年齡：
聯絡電話：	(日間)	(夜間)		
緊急聯絡人：	關係：			
緊急聯絡電話：				
住址：	香港/九龍/新界			
居住狀況：	獨居/ 夫妻同住/ 與家人同住			
婚姻狀況：	單身/ 已婚/ 離婚/ 喪偶			

PART B 財政狀況

- 綜合社會保障援助受惠人
- 普通傷殘津貼
- 高額傷殘津貼
- 符合本計劃提及的兩項經濟準則
- 無接受任何金錢援助

家庭每月總收入：	
家庭總資產淨值：	

補充資料：

Part C 申請人身體狀況

- 自我照顧能力： 完全獨立 部份依賴家人協助 主要由家人協助照顧
- 認知能力： 良好 一般 差
- 聽力： 良好 一般(需要聲音較大才聽到) 差(需要使用助聽器才能聽到)
- 表達能力： 良好 一般 差
- 患有白內障： 左眼 右眼 雙眼

申請人現時或曾經患有的疾病: _____

***註：由於此計劃屬於局部麻醉的白內障手術，申請人如患有腦退化症或認知障礙症都不適宜參加此計劃，眼睛健康基金會因應申請人身體情況而拒絕有關之申請。**

Part D 所需文件

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 申請人身分證副本 | <input type="checkbox"/> 有效住址證明 |
| <input type="checkbox"/> 領取綜援、傷殘津貼之有效證明文件 | <input type="checkbox"/> 入息及資產證明文件 (所有同住家庭成員銀行戶口最近三個月) |
| <input type="checkbox"/> 視力測試結果 (VA) | <input type="checkbox"/> 由眼科醫生簽發證明患有白內障之文件 |
| <input type="checkbox"/> 其他： | |

請填妥報名表並電郵遞交至 info@eye-fund.org 或郵遞至本基金(香港九龍旺角廣東道 998 號協成行旺角中心 19 樓 C 室)或傳真至 3421 1290。

如對於此計劃有任何疑問，可致電 3429 0090 查詢。

Part E 承諾及聲明

1. 本人特此同意參與本項目的非政府機構服務單位查閱本人的香港身份證，及將本人的個人資料及有關是次申請的任何資料轉移及發放予眼睛健康基金（包括其代理人、參與本項目的眼科中心或其他獲眼睛健康基金授權的人士）及眼睛健康基金轄下委員會，以作核實本人符合本項目的受惠資格、辦理申請事宜及用作下列一項或多項用途，並在有需要時與你聯絡：
 - 甲、處理你的個案、診治跟進、診療記錄、資助安排，以及執行和監察本項目，包括但不限於根據香港特別行政區政府的有關政策局和部門持有你的個人資料，與你就申請本項目所提供的資料作查詢或核對。
 - 乙、作統計用途，但所得的統計數字及資料，會以不能辨識任何當事人或其中有關人士身份的形式發表；在查詢或投訴個案中便利溝通或跟進；及作法例規定、授權或許可的用途。
 - 丙、提供個人資料純屬自願，但你如未能提供足夠和正確的資料，服務單位及眼睛健康基金可能無法處理你的申請或最終取消你的申請資格。
2. 如有任何爭議，眼睛健康基金擁有最終決定權。

個人資料收集聲明

眼睛健康基金（下稱“本會”）會盡力遵守《個人資料(私隱)條例》中所列載的規定，確保儲存的個人資料處理得到充份保護。為保障資料當事人的利益，本會只收集當事人提供的個人資料作有關捐款事宜、發收據及活動報名用途，並只依照上述所說明的用途以及為推廣(見下文)使用該等資料。本會可能運用你的個人資料(包括你的姓名、電話、傳真、電郵及郵寄地址)，以便本會日後與你通訊、籌款、作活動/培訓課程邀請或收集意見的推廣用途。倘本會未得到你的同意之前，本會不可以使用你的個人資料作推廣之用途。你亦可以隨時要求本會停止使用你的個人資料作上述推廣之用途。日後查閱或更新個人資料，請隨時聯絡我們。

倘你同意本會上列的安排，請於下方簽署。

申請人簽署： _____

日期： _____