**【一個月單對單密集式ABA治療】**

**報名表**

**參加者資料：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 兒童姓名（中文）: |  | （英文）： |  | 性別： |  |
| 出生日期： |  | 年齡： |  | 出生地點： |  |
| 就讀學校/ 中心： |  | 班別： |  |
| 申請者姓名： |  | 與報名兒童之關係： | 父親/ 母親/ 監護人/ 其他： |
| 通訊地址： |  |
| 電郵： |  |
| 兒童之父親姓名： |  | 職業： |  | 電話： |  |
| 兒童之母親姓名： |  | 職業： |  | 電話： |  |
|  |
| **其他直屬家庭成員：** |
| 父母以外的同住直屬家庭成員  |
|  | 姓名 | 年齡 | 性別 | 與報名兒童之關係 |
| 家庭成員 1 |  |  |  |  |
| 家庭成員 2 |  |  |  |  |
| 家庭成員 3 |  |  |  |  |
| 家庭成員 4 |  |  |  |  |

**兒童資料：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 兒童曾否接受醫生/ 心理學家診斷？ | [ ]  沒有 | [ ]  有（請提交評估報告副本） |
| 提供診斷的機構： |  |
| 診斷日期： |  |
| 兒童是否有長期疾病？ | [ ]  沒有　󠆠 | [ ]  有，請註明： |  |
| 除就讀學校外，兒童曾經/ 現正接受的訓練/ 治療： | [ ]  沒有　󠆠 | [ ]  有，請註明： |  |
| 服務內容： |  |
| 提供服務之機構： |  |
| 接受服務之日期： | 由­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 至 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­ |
| 接受服務之日數： | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 天 |
| 請選擇訓練時段（本機構會按照實際的運作情況，盡量以閣下的選擇來作出安排，但不保證必能提供所要求的時段）： |
| [ ]  上午9:15-11:45 | [ ]  下午12:45-3:15 [ ]  下午3:30-6:00 |
| 請問從何途徑得知本服務計劃（可選多項）： |
| [ ]  網頁 | [ ]  Facebook 󠆠 | [ ]  親友 | [ ]  其他 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 閣下是否願意透過電郵/信件/電話通訊軟件收取本機構日後的各項活動及最新消息？ |
| [ ]  願意 | [ ]  不願意 |

**收入自述書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申報的家庭成員姓名 : | 兒童姓名：  |
| 工作職位 (全職/ 兼職) :  |  |
| 僱主 : |  |
| 工作地點 : |  |
| 工作時期 :  |  |

收入詳情 (以最近三個月為準，包括自僱收入)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 月份 : 支票 : $過戶 : $現金 : $ | 月份 : 支票 : $過戶 : $現金 : $ | 月份 : 支票 : $過戶 : $現金 : $ |

如有其他收入，請說明 :

雙糧/ 花紅 : $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 津貼：

1. 綜援 ： $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. 生果金： $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. 其他津貼：$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 其他收入(例如：租金收入、贍養費等)，請註明： $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**每月總收入**： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

簽署：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

日期 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*請隨表格附加證明文件，如糧單、稅單、銀行戶口紀錄、合約及／或綜援文件等**

\*如家庭中有多於壹人工作，請各人分別填寫收入自述書

**家庭資產申報表**

兒童姓名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿

請填寫在申請當天的家庭資產淨值，如有小數位，略去小數位至最接近的港元整數。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 家庭成員(1) | 家庭成員(2) | 家庭成員(3) |
| 姓名 |  |  |  |
| **(1) 存款、現金及借出的貸款總額** | $ | $ | $ |
| **(2) 投資總額** | $ | $ | $ |
| **(3) 經營業務資產淨值** | $ | $ | $ |
| i | 商號名稱及業務性質 |  |  |  |
| ii | 所佔有權益百分比 | % | % | % |
| **(4) 車輛淨值** | $ | $ | $ |
| **(5) 的士/公共小型巴士牌照(連車輛)淨值** | $ | $ | $ |
| **(6) 物業淨值** | $ | $ | $ |
| i | 類別 |  |  |  |
| ii | 用途（自住/ 出租/ 空置/ 其他） |  |  |  |
| iii | 申報日的房產估計價值 | $ | $ | $ |
| iv | 未償還按揭貸款  | $ | $ | $ |
| v | 所佔有權益百分比 | % | % | % |
| **(7) 土地淨值** | $ | $ | $ |
| i | 類別  |  |  |  |
| ii | 用途（自住/ 出租/ 空置/ 其他） |  |  |  |
| iii | 申報日的土地估計價值  | $ | $ | $ |
| iv | 未償還按揭貸款  | $ | $ | $ |
| v | 所佔有權益百分比  | % | % | % |
| **個人資產總值** | $ | $ | $ |
| **家庭資產總值：** | $ |
| 簽署 |  |  |  |

此表格一但簽署，即代表本人／吾等確認本人／吾等所提供的資料是真實，準確及完整的。

|  |  |
| --- | --- |
| 註:  | (1) 家庭成員可選擇分開申報各自的資產。每位年滿18歲的家庭成員均需填寫家庭資產申報表；若然成員申報沒有個別類別資產，請在有關項目的空格內註明「沒有」。 |
|  | (2) 家庭成員可選擇以數張表格分開申報各自的資產。所有名列在本申報表上年滿 18 歲或以上的家庭成員須在上方簽署。 |
|  | (3) 如空位不足，可另加紙張說明或使用多一份表格。 |
|  | (4) 若有任何家庭成員申報擁有住宅物業，本機構會視乎其物業是否自住、出租或空置考慮申請。 |
|  | (5) 請隨表格附加證明文件，如銀行存摺（顯示最新結餘）、銀行月結單、定期存款單據或其他任何形式的資產證明文件。 |

**條款及細則**

|  |  |
| --- | --- |
| 一 . | **申請者(即接受服務兒童之父母或監護人)提供的資料必須屬實，如有虛報或隱瞞事實、提供錯誤或誤導的資料，本機構保留即時取消申請資格的權利，並會向已使用服務的申請者收取相關治療費用－港幣30,000元。** |
| 二. | 治療過程會被錄影及拍照，用於**日後檢討治療成效、內部培訓、講座、工作坊及/或推廣本機構服務之用**。 |
| 三. | 申請者需要於兒童接受治療前和後期填妥問卷，以便我們提升服務質素。 |
| 四. | 除了報名表格，申請者還需要遞交兒童的評估報告、家庭收入證明及家庭資產申報表，若申請者需要提交補充文件，則需於收到通知後的兩個月內提供，否則需要重新提交申請。 |
| 五. | 申請者將會收到電話訊息/電郵確認函，本機構職員在檢閱所需文件後會以電話或電郵確定治療日期及時段，申請者確認服務安排後，本機構會通知申請者進行初步(電話)訪問或評估的安排。 |
| 六. | 此治療為兒童提供二十個工作天的治療（星期六、日及公眾假期除外）。已獲安排接受治療的兒童若未能按原定日期或時段出席治療，請申請者於治療開始最少五個工作天前與本機構聯絡。倘若申請者沒有進行初步(電話)訪問或評估，或沒有繳交留位費及服務費，已安排的治療日期/時段將會被取消。 |
| 七. | 申請者需於預備課堂分別繳交**留位費**及**服務費（如有）**。 |
| 八. | 本機構保留要求參加者到**民政署作出宣誓**以確保**所提供的資料的真確性的權利。** |
| 九. | 本機構保留向申請者索取額外文件之權利。 |
| 十. | 本機構保留更改與服務有關之一切安排。 |
| 十一. | 本機構保留最終取錄申請者之決定的權利。 |

 **留位費**

|  |  |
| --- | --- |
| 一 . | 申請者需在預備課堂以支票繳交留位費**港幣2,000元**。 |
| 二. | 為避免兒童錯失寶貴的治療機會及浪費資源，兒童**必須有九成的出席率**（即在全期50小時的治療時段，最少出席45小時或以上），可獲退回全數留位費，否則全數留位費將不獲退回。 |
| 三.  | 兒童如因病請假，請於下一個治療日提供醫生證明文件，其缺席紀錄則可獲豁免於上述有關出席率的計算。 |
| 四. | 如符合相關的守則，申請者可於治療最後一天取回留位費之支票。 |
| 五. | 除8號或以上之颱風訊號、或天文台發出黑色暴雨訊號，所有治療皆依編定之日期及時間進行。 |
| 六. | 除本機構職員訓練或其他人事調動外，本機構於任何情況下均**不設補堂**。 |

**服務費**

|  |
| --- |
| 本機構會根據與申請表一併遞交的入息證明文件來計算家庭總入息，來決定所需收取之服務費（相關資料，請參閱本機構之網站）。 |

 **申請者－承諾及聲明**

|  |  |
| --- | --- |
| 一. | **本人知悉APF使用本人提供的個人資料（包括服務使用者及本人的姓名、電話、電郵及住址等）及視像資料（包括圖片、影片、文字、相片、圖像或音訊），作為APF與本人通訊、統計、籌款、收集意見及推廣服務/活動之用途，並在APF及其合作夥伴的宣傳媒介發放（包括但並不限於：印刷刊物、電子出版刊物、網頁、宣傳品、社交媒體、教學材料等）。** |
| 二. | 本人已細心閱讀及完全明白以上條款及細則。本人特此承諾和保證本人同意和遵守所列出的條款及細則。 |
| 三. | 本人在此承諾及聲明中所作出之陳述和聲明均是持續有效、真確無訛。 |
| 四. | 本人已細閱此承諾及聲明，並完全明白本人在此承諾及聲明下之義務及責任。  |
| 申請者姓名： |  | 簽署： |  |
| 日期：  |  | 兒童姓名： |  |

愛培自閉症基金(APF) 嚴格遵守個人資料條例處理所收到的個人資料，並只會用於APF及受其委託的服務提供者與你聯絡。若你不願意收到APF的宣傳資料及通訊，請在方格內加上剔號。[ ]

|  |
| --- |
| For Internal Use Only |
| 🞏 Accept |
| 🞏 Decline  | Reason: |
| 🞏 Pending Outstanding documents: |
| - Monthly household income (as at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- Family members: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- Household assets value: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- Monthly median income in HK: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| - Collected fees:  | 🞏 $2000 Deposit 🞏 Service fees\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| - Waiving system:  | 🞏 $2000 Deposit 🞏 Service fees\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (deduction \_\_\_\_\_\_\_\_%) |
| Reason: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Endorsed by: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Approved by: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ref no.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Received on: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |