

【一個月密集式「應用行為分析」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 9:00-11:30 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：

i. 綜援：\$ _____

ii. 生果金：\$ _____

iii. 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。

(2) 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) 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、中和後期填妥意見表，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/書面確認函，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. 申請者需於治療第一天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. 申請者需在兒童接受治療第一天繳交現金港幣 2,000 元作留位費。
- 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），才會退回留位費；若低於九成，留位費將不被退回。
- 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，申請者可帶回留位費的收據，於治療最後一天以現金方式取回留位費。
- 五. 除 3 號或以上之颱風訊號、或天文台發出紅/黑色暴雨訊號或教育局因任何理由宣佈停課外，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人士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。
- 二. 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。本人會遵從在此承諾及聲明中所作出之陳述，直至服務失效（如完成服務/退出計劃）為止，以較早發生者為準。
- 三. 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： _____ 兒童名字： _____

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/愛培學校(APS)及受其委託的服務提供者與你聯絡。若你不願意收到 APF 及 APS 的宣傳資料及通訊，請在方格內加上剔號。□

For Internal Use Only	
<input type="checkbox"/> Accept	
<input type="checkbox"/> Decline	Reason: _____
<input type="checkbox"/> Pending Outstanding documents:	
- Monthly household income (as at _____): _____	
- Family members: _____	
- Household assets value: _____	
- Monthly median income in HK: _____	
- Collected fees:	<input type="checkbox"/> \$2000 Deposit <input type="checkbox"/> Service fees _____
- Waiving system:	<input type="checkbox"/> \$2000 Deposit <input type="checkbox"/> Service fees _____ (deduction _____%)
Reason: _____	
Endorsed by: _____	Approved by: _____
Ref no.: _____	Received on: _____