「護齒同行」
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. 請勿使用塗改工具，如有填寫錯誤，請劃去錯誤部分，並須由申請人/第二部分人士在旁邊簽署確認。
4. 申請接受「護齒同行」（下稱「本計劃」）牙科服務的合資格人士（下稱「申請人」）可自行申請，或由代理人(父母/祖父母/兄弟姊妹/配偶)、法定監護人或康復服務單位代表填寫本申請表格第二部分，替申請人作出申請。
5. 代理人/法定監護人/康復服務單位代表替申請人向非政府機構牙科診所（「牙科診所」）作出申請時，須一併出示本申請表格第三部分所列的所有證明文件。如代理人/法定監護人未能陪同申請人首次應診，請將填妥的申請表格及第三部分所列的所有證明文件正本（除非法定監護人或代理人未能親自陪同申請人應診，可提供香港身份證副本作核對），交予陪同申請人首次應診者，向非政府機構牙科診所遞交。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（申請人須為 18 歲或以上智障人士或自閉症譜系障礙患者）

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：_____

申請「本計劃」人士：
□ 申請人本人
□ 代理人（請填寫第二部分（甲））
□ 監護委員會委任的法定監護人（請填寫第二部分（乙））
□ 康復服務單位代表（請填寫第二部分（丙））

殘疾類別：□ 智障人士　□ 自閉症譜系障礙患者　□ 智障人士與自閉症譜系障礙患者

第二部分（甲）　代理人個人資料

（下列人士無權代表申請人同意接受本計劃下的牙科診療服務）

□ 父母　□ 祖父母　□ 兄弟姊妹　□ 配偶

代理人中文姓名：_____　　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）（代理人須為 18 歲或以上人士）

通訊地址：_____

聯絡電話號碼：_____（家居或辦事處）　_____（手提電話）

電郵地址（如適用）：_____

第二部分（乙）　法定監護人個人資料 *(註：監護委員會根據《精神健康條例》(香港法例第 136 章)委任為智障人士的法定監護人，而有關監護令賦予監護人有代表該智障人士同意接受治療之權力。)*

（法定監護人有權代表申請人同意接受本計劃下的牙科診療服務）

法定監護人中文姓名：_____　　法定監護人英文姓名：_____

香港身份證號碼：_____（____）

通訊地址：_____

聯絡電話號碼：_____（家居或辦事處）　_____（手提電話）

電郵地址（如適用）：_____

第二部分（丙） 康復服務單位代表資料

（康復服務單位代表無權代表申請人同意接受本計劃下的牙科診療服務）

申請人所屬的康復服務單位名稱：_____

康復服務單位代表：_____ 聯絡電話號碼：_____

康復服務單位地址：_____

電郵地址（如適用）：_____

康復服務單位蓋印：_____

第三部分 申請人 / 代理人 / 法定監護人/ 康復服務單位代表聲明及承諾

1. 本人已細閱及完全明白此申請表格附錄（一）《申請須知》，並同意其內容。
2. 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。
3. 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，或以其他方式誤導衞生署，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。

申請人／第二部分人士簽署：_____

簽署人姓名（正楷）：_____ 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

- ☐ 已填妥第一至第三部分的申請表格；
- ☐ 申請人的香港身份證；
- ☐ 以下其中一項證明文件，顯示殘疾類別為「智障」、「弱智」或「自閉症譜系障礙」：
  - ☐ 由勞工及福利局發出的有效殘疾人士登記證；或
  - ☐ 由香港註冊醫生簽發的證明書或「護齒同行傷殘類別證明書（HTC01C）」（夾附於本申請表格內）；或
  - ☐ 由指定康復服務類別#的康復服務單位負責人簽發的「護齒同行傷殘類別證明書（HTC01C）」（夾附於本申請表格內）

#指定康復服務類別包括詳列於社會福利署網頁的嚴重殘疾人士護理院、嚴重弱智人士宿舍、中度弱智人士宿舍、輔助宿舍、綜合職業訓練中心（住宿服務）、展能中心、庇護工場、綜合職業康復服務中心、綜合職業訓練中心（日間服務）、殘疾人士地區支援中心、嚴重殘疾人士日間照顧服務(https://www.swd.gov.hk/tc/pubsvc/rehab/)。

適用於法定監護人或代理人

- ☐ 法定監護人或代理人的香港身份證（如法定監護人或代理人未能親自陪同申請人應診，可提供香港身份證副本作核對）；及
- ☐ 由監護委員會發出的監護令（適用於由監護委員會委任法定監護人申請「本計劃」的人士）；或
- ☐ 關係證明文件，例如申請人的出生證明文件、代理人與申請人的結婚證明文件、證明代理人與申請人關係的宣誓證明書或自述書（適用於由代理人申請「本計劃」的人士）

第四部分　申請人的申請資格（本部份由牙科診所填寫）

個案編號 （請致電衞生署索取）： | | | | | | | | | |

查閱申請表

☐ 申請表格的第一至第三部分已填妥。

查閱申請人香港身份證明正本

☐ 申請表格的第一部分與申請人的香港身份證資料符合。

查閱以下其中一項證明文件正本，顯示殘疾類別為「智障」、「弱智」或「自閉症譜系障礙」

☐ 由勞工及福利局發出的殘疾人士登記證

☐ 永久

☐ 有效日期至：_____（年） _____（月）

☐ 由香港註冊醫生簽發的證明書或「護齒同行傷殘類別證明書(HTC01C)」

☐ 由指定康復服務類別#的康復服務單位負責人簽發的「護齒同行傷殘類別證明書（HTC01C）」

#指定康復服務類別包括詳列於社會福利署網頁的嚴重殘疾人士護理院、嚴重弱智人士宿舍、中度弱智人士宿舍、輔助宿舍、綜合職業訓練中心（住宿服務）、展能中心、庇護工場、綜合職業康復服務中心、綜合職業訓練中心（日間服務）、殘疾人士地區支援中心、嚴重殘疾人士日間照顧服務(https://www.swd.gov.hk/tc/pubsvc/rehab/)。

查閱代理人/法定監護人證明文件正本 (如有陪同申請人到診) 或副本

☐ 申請表格的第二部分與法定監護人 / 代理人的香港身份證資料符合。

第二部分（甲）人士：代理人	第二部分（乙）人士：法定監護人
以下其中一項關係證明: ☐ 申請人的出生證明文件；或 ☐ 申請人與乙部人士的結婚證明文件；或 ☐ 證明申請人與乙部人士關係宣誓證明書（如未能出示上述關係證明）；或 ☐ 自述書；或 ☐ 其他：_____	查閱由監護委員會發出的人的監護令 ☐ 監護令上的資料與表格申請人和監護人吻合

申請資格結果：

☐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。

_____ _____

牙科診所職員姓名　　牙科診所職員簽署

日期：_____（年）_____（月）_____（日）

牙科診所印章