

公益金電動輪椅助你自強基金 申請表格

(1) 申請類別 (注意：申請類別1或2只能選擇其中一項)

- 第一類別 — 電動輪椅 或 特別裝置手推輪椅 (只能申請一個類別)

請選擇申請類別：

- 類別1A 電動輪椅(適用於肢體障別者) 或
- 類別1B 特別裝置手推輪椅(適用於特殊需要的肢體及智力障別者)

輪椅品牌及型號:

申請資助的輪椅標價: \$

總申請資助金額(上限50,000港元):\$

- 第二類別 — 電動輪椅配件 (可申請多於一項)

申請資助配件：配件1：_____ 配件2：_____ 配件3：_____

資助配件標價:配件1:\$ 配件2:\$ 配件3:\$

申請資助金額 (總上限15,000港元):

配件1:\$ _____ 配件2:\$ _____ 配件3:\$ _____

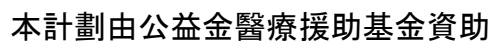
(2) 推薦社工資料

姓名：	任職機構：
聯絡電話：	職位：
WhatsApp號碼 (如有)(建議填寫)：	電郵：
機構地址：	

(3) 個案評估 (由推薦社工填寫)

3.1:就是次申請資助事宜的初次面談內容,描述其求助原因。

[illegible]



1Step 自強協會
association
肢體殘疾人士及照顧者資源中心

[illegible][illegible]

3.4 描述申請人外出社交、工作、上學、義務工作等需要。如在日常沒有使用電動輪椅如何令申請人減低出行意欲，或加重照顧者負擔。(如有需要，可補上附件)



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



公益金電動輪椅助你自強基金
申請人資料 (適用於18歲或以上申請者)

請剔除以下不適用的字眼：

申請人過去5年內 是或否 成功申請類似基金而獲得資助購買電動輪椅。

如答案屬『是』請提供基金名稱及資助類別

(4) 申請人基本資料

中文姓名：	英文姓名：
性別：	出生日期 (年/月/日)：
香港身份證號碼：	婚姻狀況： ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 分居 ☐ 離婚 ☐ 喪偶
電話號碼：	地址：

4.1. 申請人同住配偶基本資料 (如適用)

中文姓名：	英文姓名：
性別：	出生日期 (年/月/日)：
香港身份證號碼：	就業狀況： ☐ 失業 ☐ 退休 ☐ 在職 (職業：_____)
電話號碼：	電郵地址：

(5) 申請人及其同住配偶經濟狀況

5.1 收入

姓名	每月收入(港元)	收入類別 (不包括傷殘金/長生津/或一次性的政府資助)
1.		
2.		
	合共 \$	(a) 備註：收入計算按過去6個月平均總額計算。

凡有關由醫生指定須使用的醫療用品之相關開支則可扣除予每月收入計算內 (請附以證明文件)

醫療用品名稱：_____

每月開支：_____ (b)

每月總收入：_____ (c) = (a)-(b)



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



5.2 申請人及其同住配偶資產

現金	總額 \$
非自住物業	總估值 \$
車輛、土地、股票、股份等 投資換算現金的財產	總估值 \$
年金計劃的投保現金價值	總估值 \$ 是否已經斷供: ☐ 是 ☐ 否
其他資產 詳情及金額	

5.3 申請人及其同住配偶儲蓄及定期存款

帳戶持有人姓名	銀行名稱	最近結餘	結餘日期
合共 \$			

(6)*申請如需要進行 ☐ 緊急優先處理 請推薦社工填寫原因及呈交相關理據供基金委員會審理：

原因：

申請人須經由註冊社工提出申請，填寫申請表格，連同下列資料影印本遞交至「九龍灣啟業邨啟裕樓地下58-61號自強協會 公益金電動輪椅助你自強基金管理及審批委員會」。

請申請社工以剔號確認申請文件已齊備以下所須文件：

- ☐ 申請人及其配偶(如有)身份證明文件；
- ☐ 殘疾人士登記證(正面及背面，並屬於肢體殘障類別)或領取傷殘津貼的證明；
- ☐ 申請人及其配偶(如有)最近六個月入息及資產證明
- ☐ 醫管局或院舍外展醫生到診服務轄下註冊西醫推薦信(電動輪椅資助申請者可使用申請表格附件1;特別裝置手推輪椅資助申請者可使用申請表格附件2;或兩者都可選擇由醫生自行提供);
- ☐ 職業治療師推薦信(可使用申請表格附件3, 或治療師自行提供, 但仍需完整描述申請表內所需資料);
- ☐ 復康器材報價單兩份;
- ☐ 醫管局轄下註冊醫生指定須使用的醫療用品相關開支證明文件(如適用);
- ☐ 「輪椅美工師」《車身零件更換評估表》(申請類別二適用)
- ☐ 與其他基金共同資助購買電動輪椅的證明文件(如適用);
- ☐ 申請人聲明書。

備註:請確保下頁聲明簽署完成



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



(8) 聲明：本人明白並接受基金所訂定的資助條文，並謹此聲明上述資料真確無訛及授權自強協會查證及審核有關資料。

申請人簽署：_____

日期：_____

推薦社工簽署：_____

日期：_____

機構蓋印：



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



公益金電動輪椅助你自強基金
申請人資料 (適用於18歲以下申請者)

請剔除以下不適用的字眼：

申請人過去5年內 是或否 成功申請類似基金而獲得資助購買電動輪椅。

如答案屬『是』請提供基金名稱及資助類別 _____

(4) 申請人基本資料

中文姓名：	英文姓名：
性別：	出生日期 (年/月/日)：
香港身份證號碼：	地址：
電話號碼：	

4.1 申請人父母或法定監護人基本資料(1)

備註：只適用於18歲以下申請者，如申請者已年滿18歲則無須填寫以下資料。

中文姓名：	英文姓名：
性別：	出生日期 (年/月/日)：
香港身份證號碼：	就業狀況： ☐ 失業 ☐ 退休 ☐ 在職 (職業：_____)
電話號碼：	電郵地址：

申請人父母或法定監護人基本資料 (2) (如適用)

中文姓名：	英文姓名：
性別：	出生日期 (年/月/日)：
香港身份證號碼：	就業狀況： ☐ 失業 ☐ 退休 ☐ 在職 (職業：_____)
電話號碼：	電郵地址：

(5) 申請人父母或法定監護人經濟狀況

5.1 收入

姓名	每月收入(港元)	收入類別 (不包括傷殘金/獎學金/書簿津貼/一次的政府資助等)
1.		
2.		
	合共 \$	(b) 備註：收入計算按過去6個月平均總額計算。

同住家人總人數：_____ (名)



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



凡有關由醫生指定須使用的醫療用品之相關開支則可扣除予每月收入計算內 (請附以證明文件)

醫療用品名稱：_____

每月開支：_____ (b)

每月總收入：_____ (c) = (a)-(b)

5.2 申請人父母或法定監護人資產

現金	總額 \$
非自住房產	總估值 \$
車輛、土地、股票、股份等 投資換算現金的財產	總估值 \$
年金計劃的投保現金價值	總估值 \$ 是否已經斷供： ☐ 是 ☐ 否
其他資產 詳情及金額	

5.3 申請人父母或法定監護人儲蓄及定期存款

帳戶持有人姓名	銀行名稱	最近結餘	結餘日期
合共 \$			

(6) *申請如需要進行 ☐ 緊急優先處理 請推薦社工填寫原因及呈交相關理據供基金委員會審理：

原因：

申請人須經由註冊社工提出申請，填寫申請表格，連同下列資料影印本遞交至「九龍灣啟業邨啟裕樓地下58-61號自強協會 公益金電動輪椅助你自強基金管理及審批委員會」。

請申請社工以別號確認申請文件已齊備以下所須文件：

☐ 申請人及申請人父母或法定監護人身份證明文件；



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



- ☐ 殘疾人士登記證(正面及背面, 並屬於肢體殘障類別)或領取傷殘津貼的證明;
- ☐ 申請人父母或法定監護人最近六個月入息及資產證明;
- ☐ 醫管局或院舍外展醫生到診服務轄下註冊西醫推薦信(電動輪椅資助申請者可使用申請表格附件1; 特別裝置手推輪椅資助申請者可使用申請表格附件2; 或兩者都可選擇由醫生自行提供);
- ☐ 職業治療師推薦信(可使用申請表格附件3, 或治療師自行提供);
- ☐ 復康器材報價單兩份;
- ☐ 醫管局或院舍外展醫生到診服務轄下註冊醫生指定須使用的醫療用品相關開支證明文件(如適用);
- ☐ 「輪椅美工師」《車身零件更換評估表》(申請類別二適用)
- ☐ 與其他基金共同資助購買電動輪椅的證明文件(如適用);
- ☐ 申請人聲明書。

備註: 請確保以下聲明簽署完成

(8) 聲明: 本人明白並接受基金所訂定的資助條文, 並謹此聲明上述資料真確無訛及授權自強協會查證及審核有關資料。

申請人簽署: _____

日期: _____

推薦社工簽署: _____

日期: _____

機構蓋印:



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



公益金電動輪椅助你自強基金 申請須知

接受申請對象

1. 申請人必須為香港永久性居民。
2. 申請人不限年歲。
3. 申請人及其同住配偶(如有)/監護人必須為非綜援受助者，並且申請人沒有領取政府資助復康器具人士(例如退休公務員福利)。
4. 申請人屬於肢體/智障並需要長期使用輪椅代步人士。
5. 申請人及其同住配偶(如有)/監護人必須通過資產及入息的審查。

援助範圍

類別(1A): 電動輪椅

1. 不多於港幣 50,000元。
2. 至少由治療師推薦兩份電動輪椅報價
a. 兩份相同品牌及型號的輪椅報價單;
b. 若推薦的輪椅在市場上為獨家代理, 仍須提供一份相近性能的輪椅報價單。
3. 如若類別(1A)申請不成功, 可改為申請類別(2)。

類別(1B): 特別裝置手推輪椅

4. 不多於港幣 50,000元
5. 至少由治療師推薦兩份特別裝置的手推輪椅報價
a. 兩份相同品牌及型號的輪椅報價單
b. 若推薦的輪椅在市場上為獨家代理, 仍須提供一份相近性能的輪椅報價單。
6. 如若類別(1B)申請不成功, 可改為申請類別(2)。

類別(2): 電動輪椅相關器材

1. 資助上限為港幣 15,000元 (可同時申請多於一項物品)。
2. 申請之配件種類請預早向秘書處查詢是否合乎資助範疇內。
相關器材類別: 輪椅電池 / 輪胎 / 摩打 / 控制器 / 腳踏 或 經治療師推薦的指定電動輪椅輔助器材 (須特別訂制之配件(如坐墊) 並須由職業治療師提出推薦原因);
3. 由職業治療師評估其電動輪椅狀況 或 接受本會輪椅車身檢查服務發出《車身零件更換評估表》證明(二項選一)。
4. 至少一份報價 (無須指定人士推薦)。

上述兩項資助金額必須以實報實銷方式發還 同時本會有權要求申請者接受輪椅車身檢查服務。

申請手續

1. 全年接受申請。
2. 所有資助金額必須以實報實銷方式發還:
a. 若申請人的申請資助金額在50,000元或以下(類別一)或15,000元或以下(類別二), 秘書處將在通過審批後以支票形式直接寄往治療師推薦報價單的代理商公司。
b. 若資助物品高於50,000元或以上(類別一)或15,000港元以上(類別二), 則需要由申請人先向代理商支付資助餘額, 並向秘書處提供入數證明後, 秘書處才會將50,000元(類別一)或15,000港元(類別二)以支票形式直接寄往治療師推薦報價單的代理商公司。
3. 代理商理應在收到由秘書處發出的支票後, 聯絡申請報價的治療師安排物品交收日期。
4. 申請社工需要在申請人成功獲得審批後, 持續監督申請人支付餘額(如有)、其他基金其同付款進度、及代理商交收物品的安排, 並在完成交收後收集相關物品的合照及正式收據, 以電郵形式傳送至 1sw.1stephk@gmail.com 予基金秘書處存檔。
5. 本會有權要求申請者進行面見、家訪或接受本會輪椅車身檢查服務以供核實其申請資格。

其他

1. 申請人必須按申請表格內容, 清楚填寫欲購置物品的詳細資料及用途。
2. 如申請人於取得資助撥款後需要改動有關物品的內容, 必須事先獲得管理及審批委員會批准, 否則申請人須退回該部份款項。
3. 申請人必須確保所提交的資料真實無訛, 否則申請人必須於一個月內如額悉數退回獲批款項, 而管理及審批委員會亦保留追究權利並有權拒絕該申請人日後的申請。
4. 管理及審批委員會可於批核資助後12個月內作抽樣探訪, 確保所批款項得到適當運用。
5. 管理及審批委員會持最終決定權, 恕不設上訴機制。



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



經濟狀況審核

入息：按最新年度住戶人數劃分的從事經濟活動的家庭住戶每月入息中位數

請參考以下連結：[香港政府統計處表130-06608A](#)

備註：

1. 18歲或以上申請人及其配偶(如有)，過去六個月內其平均入息須低於該季度1人或2人(申請人配偶)家庭入息中位數。
2. 未滿18歲的申請人，入息狀況按父母或法定監護人的入息計算，平均入息須低於該季度同住家庭總人數入息中位數。

(例：申請人與父母及一個兄長一同居住，入息將以四人家庭入息中位數為上限。)

資產：按最新年度撒瑪利亞基金醫療援助項目資產淨值(表四)限額125%

請參考以下連結：[撒瑪利亞基金醫療援助項目的經濟審查機制](#)

備註：

1. 18歲或以上申請人及其配偶(如有)，過去六個月內其資產須低於該年度1人或2人(申請人配偶)家庭資產上限的125%。
2. 未滿18歲的申請人，資產狀況按父母或法定監護人的資產計算，其資產須低於該年度同住家庭總人數家庭資產上限的125%。

(例：申請人與父母及一個兄長一同居住，資產將以四人家庭資產上限的125%為上限。)



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



公益金電動輪椅助你自強基金
申請人聲明書

本人_____ (中文姓名) _____ (英文姓名)

本人謹此聲明：

- (1) 本人已詳閱『公益金電動輪椅助你自強基金』申請表及申請人聲明書，並清楚明白所有內容。
- (2) 本人聲明申請表內提供的全部資料均正確無誤，並清楚明白本人一經發現虛報上述申請資料，將被取消申請資格，及有可能歸還已經撥款之全數金額。
- (3) 本人明白在審批過程中，與此基金相關人士有權閱覽本人的個人資料作為審批之用。
- (4) 本人明白及同意『公益金電動輪椅助你自強基金』管理委員會在無須透露原因的情況下，保留在任何階段拒絕申請的權利。本人亦同意，無論此申請成功與否，申請表及本人就此申請提供的所有資料及證明文件將不會獲發還。
- (5) 本人接納『公益金電動輪椅助你自強基金』管理委員會的最後審批決定。
- (6) 本人明白收集個人資料的用途如下(a)至(f)。

收集個人資料聲明

自強協會將所收集的任何個人資料(下稱「資料」)作下列用途：

- (a) 申請由本會「公益金電動輪椅助你自強基金」資助，並在有需要時與申請人聯絡；
- (b) 跟進及用作服務記錄(如家訪或因應個別需要而提供由本會執行個案服務)；
- (c) 在查詢或投訴個案中便利溝通或跟進；
- (d) 按法律規定、授權或作許可的用途；
- (e) 提供個人資料全屬自願性質，而不願意披露上述資料，本會將無法處理閣下申請；
- (f) 本會承諾絕不向任何第三方披露其個人資料。申請人在此表格內提供的個人資料將會保密處理，所收集資料只適用於上述a至d項用途。

除了《個人資料(私隱)條例》(香港法例第486章)規定的豁免範圍之外，申請人有權要求查閱及改正未被刪除的資料，或索取申請人其個人資料的複本，如申請人希望查閱其個人資料或查詢個人資料私隱政策，以及在查閱個人資料後要求改正所得的資料，請向自強協會提出。

職位名稱：自強協會人事處職員吳小姐

地址：九龍灣啟業邨啟裕樓地下58-61號，電話：3165 8337

請在適當格內加上 ✓ 號以示同意及不同意

· 本人同意 或 · 不同意 參與由自強協會負責執行的「非綜援人士醫療用品相關開支的研究工作」，以電話或面見形式訪問本人，所收集的資料將以不記名之方式作為推動完善非綜援家庭獲得醫療復康器具生活保障政策。

申請人姓名：_____ 申請人簽署：_____ 日期：_____



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



Appendix 1

(由醫管局轄下註冊西醫填寫)

(To Be Completed by a Registered Doctor Under The Hospital Authority)

公益金電動輪椅助你自強基金 醫療評估表格
(適用於類別1A之申請)

Medical Assessment Form for The Electric Wheelchair Helping Self-improvement Fund Application
(For Application of Category 1A Only)

病人姓名 Name of Patient: _____ 身份證號碼 HKID No. _____

1. 病類 Nature of Illness(es)

--

2. 病人是否屬於肢體殘疾人士，並需要長期使用電動輪椅代步在社區生活？

Is this patient with physical disability who needs electric wheelchair to live in the community for long-term?

☐ 是 Yes (請往問題3) (Please go to Q3)

☐ 否 No (這表示申請人並不符合申請資格，請往問題4)

(It represents the applicant is not eligible to apply for financial assistance. Please go to Q4)

3. 病人的肢體殘障情況 Description of Disabilities

--

4. 其他意見/建議 Other Comments/ Recommendations

--

Name of Medical Officer: _____

Date: _____

Authorized signature with chop

Appendix 2



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



(由醫管局轄下註冊西醫填寫)

(To Be Completed by a Registered Doctor Under The Hospital Authority)

公益金電動輪椅助你自強基金
醫療評估表格(適用於類別1B之申請)

Medical Assessment Form for The Electric Wheelchair Helping Self-improvement Fund Application
(For Application of Category 1B Only)

病人姓名 Name of Patient: _____ 身份證號碼 HKID No. _____

1. 病類 Nature of Illness(es)

--

2. 病人是否屬於肢體殘疾及智力障礙人士，並需要長期使用特別裝置手推輪椅代步在社區生活？

Is this patient with physical and intellectual disabilities who needs custom manual wheelchair to live in the community for long-term?

☐ 是 Yes (請往問題3) (Please go to Q3)

☐ 否 No (這表示申請人並不符合申請資格，請往問題4)

(It represents the applicant is not eligible to apply for financial assistance. Please go to Q4)

3. 病人的肢體殘疾及智力障礙情況 Description of Disabilities

--

4. 其他意見/建議 Other Comments/ Recommendations

--

Name of Medical Officer: _____

Date: _____

Authorized signature with chop

Appendix 3

(由註冊職業治療師填寫)



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund

(To Be Completed by a Registered Occupational Therapist)



公益金電動輪椅助你自強基金
醫療評估表格

Medical Assessment Form

Application for The Electric Wheelchair Helping Self-improvement Fund

病人姓名 Name of Patient: _____ 身份證號碼 HKID No. _____

現時輪椅品牌及型號及車齡

Current electric wheelchair brand, model, & wheelchair age: _____

申請人病類 (可選多項)

- ☐ 中風 ☐ 小兒麻痺症 ☐ 多發性硬發症 ☐ 大腦麻痺症 ☐ 小腦萎縮症
- ☐ 肌肉萎縮症 (類型: _____)
- ☐ 智力智障 (程度: _____)
- ☐ 脊椎受損 (部位: C: _____ T: _____ L: _____)
- ☐ 其他關節 (部位: _____)
- ☐ 其他 (請註明)

申請人現時使用主要輔助用具狀況:

描述現時申請人有否使用輪椅、現時所使用的輔助用具如何未能配合申請人現時身體狀況或生活環境的需要

- ☐ 申請人未曾使用電動輪椅 (請於後續部份為申請人設計電動輪椅操作訓練計劃)
- ☐ 拐杖 ☐ 穿手拐杖 ☐ 助行架 ☐ 助推式手推輪椅 ☐ 自推式手推輪椅
- ☐ 半自動輪椅 ☐ 電動輪椅

若剔選電動輪椅, 請描述現時申請人的輪椅狀況:

1. 車架: ☐ 正常 ☐ 螺絲鬆脫 ☐ 生鏽
2. 右前胎: ☐ 正常 ☐ 失去坑紋 ☐ 嚴重磨損
3. 左前胎: ☐ 正常 ☐ 失去坑紋 ☐ 嚴重磨損
4. 右後胎: ☐ 正常 ☐ 失去坑紋 ☐ 嚴重磨損
5. 左後胎: ☐ 正常 ☐ 失去坑紋 ☐ 嚴重磨損



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



6. 防反： ☐ 正常 ☐ 磨損 ☐ 缺失
7. 扶手： ☐ 正常 ☐ 嚴重破損 ☐ 缺失
8. 左摩打： ☐ 正常 ☐ 異常雜音 ☐ 失靈
9. 右摩打： ☐ 正常 ☐ 異常雜音 ☐ 失靈
10. 電池效能： ☐ 正常 ☐ < 2小時 ☐ < 1小時 ☐ < 30分鐘 ☐ 完全耗盡
11. 控制器： ☐ 正常 ☐ 按鍵接觸不良 ☐ 電綫接觸不良
12. 其他額外輪椅配件狀況：_____

如申請人現時已正在使用電動輪椅，請附以輪椅現況的圖片描述狀況。

臨床評估描述申請人現時的自理能力及身體活動能力。



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



如申請人現時未曾使用電動輪椅，請為申請人設計電動輪椅操作訓練計劃。

兩份電動輪椅報價比較描述：

描述推薦的兩份電動輪椅性能如何能夠配合以上所描述申請人的身體狀況需要、及最終推薦的電動輪椅如何比另一報價輪椅更合適其需要。

如建議電動輪椅的基本配置上以外加購的功能(包括但不限於：更大容量電池、更高轉數摩打、Tilting、頭枕、坐墊)等，請描述這些附加的配件如何能夠配合申請人的生活需要。

建議推薦選購電動輪椅之型號及牌子：_____

備註：請確保下頁轉介機構資料填寫完成

轉介機構資料 Referring Agency



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



推薦人姓名 Name of Recommending Officer	職銜 Position
電話 Telephone no.	傳真 Fax no.
WhatsApp no. (if any, recommend to add)	電郵 Email
機構及辦事處名稱 Name of Agency and Office	
地址 Correspondence Address	
簽署及機構印章 Signature with Chop	日期 Date



本計劃由公益金醫療援助基金資助

This project is supported by The Community Chest
Medical Assistance Fund



僅供內部填寫

個案編號：

收到申請表日期：

需要補充文件：

- ☐ 符合資格接受申請
☐ 不符合資格接受申請
☐ 需要補充文件

最後收妥文件日期：

本申請書為第_____期申請個案

評估個案

☐ 需要 或 ☐ 不需要接受本會輪椅檢查

檢查日期：

檢查結果：☐ 接納申請

☐ 拒絕申請

審批委員會議決結果

基金審批委員會議決：於 年 月 日 獲基金審批會主席 ()及成員

()、()、()、()、

()、()、()、()

批准撥款 \$ _____ 予申請人。

☐ 批核 ☐ 待跟進

☐ 拒批原因：

基金小組主席簽署：_____