



聖雅各福群會持續照顧
愛心小巴接載服務

【申請豁免愛心小巴服務收費轉介表】

會員編號：_____

(聖雅各福群會專用)

服務使用者個人資料

姓名：_____先生/女士 年齡：_____

地址：_____ 電話：_____

身份證號碼：_____ (連英文字母頭 4 個數字)

是否曾使用愛心小巴服務 是 否

經濟狀況：高齡津貼 傷殘津貼 長者生活津貼(普通/高額) 退休金
依賴積蓄 子女 / 親屬供養 其他：_____

*申請豁免愛心小巴服務收費原因:

*必須由社工/主管作出轉介

轉介者姓名：_____ 職位：_____ 機構名稱：_____

電 話：_____ 傳真：_____ 申請日期：_____

機構印章：_____

以上資料將會保密及只用作提供服務之用

*如有任何查詢，請致電 2818 7400 與車務主管聯絡或查詢。

傳真號碼：31043669