



聖雅各福群會持續照顧

St. James' Settlement Continuing Care

「愛心小巴服務」申請表格

【服務使用者個人資料】

會員編號：

(由職員填寫)

中文姓名：	英文姓名：
出生年份：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身份証號碼：	(連英文字母頭4個數字)
住宅電話：	手提電話：
住址：	
服務日期：	<input type="checkbox"/> 單程 <input type="checkbox"/> 雙程
目的地：	到達目的地時間：
上落車地點 (請提供可供等候的確實位置)	
照顧者跟車 <input type="checkbox"/> 需要 * 陪行者因佔用座位需繳付\$10車資	
經濟狀況： <input type="checkbox"/> 綜援金 <input type="checkbox"/> 高齡津貼 <input type="checkbox"/> 傷殘津貼 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 依靠積蓄 <input type="checkbox"/> 子女/親屬供養	
健康狀況： <input type="checkbox"/> 心臟問題 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 老人痴呆症 <input type="checkbox"/> 視力/聽力問題 <input type="checkbox"/> 中風/肢體傷殘 <input type="checkbox"/> 柏金遜症 <input type="checkbox"/> 哮喘/氣促 <input type="checkbox"/> 其他：	
活動能力： <input type="checkbox"/> 能使用小巴梯級上落 <input type="checkbox"/> 輪椅(能/不能過椅) <input type="checkbox"/> 手杖/手叉/輔行架(需使用升降台上落)	
緊急聯絡人姓名：_____ 關係：_____	
緊急聯絡電話：_____	
* 申請人已細閱「服務使用者須知」，明白及接受其規定。	
服務使用者/照顧者簽名：_____ 日期：_____	
* 申請人所提供的資料會保密及只用作提供服務之用	

填妥表格後，請傳真至3104 3669

 預約電話：2818 7400

 傳 真：3104 3669

「服務使用者須知」

預約安排

- ▶ 首次使用服務之人士必須填妥「愛心小巴服務」申請表格。
- ▶ 服務使用者最少須於使用日期的3個工作天前致電預約服務，或傳真「愛心小巴服務」申請表格至本中心，中心只接受使用日期在3個月或以內之預約申請。
- ▶ 服務使用者如需更改或取消行程，請最少在使用服務前2小時前致電通知。
- ▶ 服務使用者在沒有通知中心情況下無故缺席，將收取行政費用50元正及有權拒絕其日後之申請。

車上安排

- ▶ 請各服務使用者在約定時間前提早5分鐘到達候車地點（逾時5分鐘不候）。服務使用者必須配戴座位上的安全帶（輪椅使用者應自備輪椅固定帶）。
- ▶ 建議服務使用者帶備口罩以作不時之需。
- ▶ 服務使用者上車時須接受探熱測量體溫，如有發燒、感冒等身體不適的病徵，必須配戴口罩，以保障其他服務使用者。
- ▶ 行車途中服務使用者如有不適，應立刻通知跟車照顧員作適當協助或安排。
- ▶ 登車時請繳交所需車資（請準備八達通）。
- ▶ 車內嚴禁吸煙及進食。