



高能力自閉症青年成長支援服務

申請須知：

1. 未滿 18 歲的申請者須取得家長/監護人的同意後方可參加；
2. 申請者不能同時參加由其他服務機構提供的同一項服務；
3. 社工會約見合資格的申請人及其家長/監護人，以了解其服務需要；
4. 合資格人士需申請成為中心家庭會員，服務申請不會收取費用，部份活動將按活動性質而酌量收費；
5. 凡有經濟困難的家庭，可向中心社工申請減收活動費用；
6. 協康會對於接納申請與否保留最終決定權。



協康會
HEEP HONG SOCIETY



自閉症人士支援中心

高能力自閉症青年成長支援服務

申請表

申請人姓名：_____ 性別：_____ 出生日期：_____ 年齡：_____

學校/中心名稱：_____ 職業(如在職)：_____

是否確診自閉症(請在合適的方格上加上「✓」)：

是(請提交診斷及智能評估報告副本) 否

聯絡電話：_____ (手提) 電郵：_____

住址：_____

家長/監護人姓名：_____ 關係：_____

聯絡電話：_____ (住宅) _____ (手提)

電郵：_____

服務需要：_____

申請人簽署：_____ 日期：_____

家長/監護人簽署：_____ 日期：_____

(未滿18歲以上申請人須由家長簽署方可參加)

轉介機構資料

機構/服務單位/學校名稱：_____

轉介者姓名：_____ 職位：_____ 聯絡電話：_____

轉介者簽署：_____ 日期：_____

請將填妥之申請表，連同自閉症診斷及智力評估報告副本，透過傳真、電郵、郵寄或親身遞交至協康會星悅中心：

傳真：3679 3068 電郵：spa@heephong.org

地址：九龍長沙灣道833號長沙灣廣場第一期08樓810室

收集個人資料聲明：協康會嚴格遵守及履行個人資料(私隱)條例之規定，並確保你的個人資料的準確性及安全性。你的個人資料(包括你的姓名、電郵、住址及電話等)或會被本會用作聯絡通訊、籌款、處理捐款、推廣活動、研究調查及其他通訊及推廣之用途。若你日後不欲收取本會的推廣資訊，請將中英文姓名、聯絡電話及電郵、電郵至 spa@heephong.org，以安排相關刪除手續。如有查詢，請致電 3679 3060 聯絡本會星悅中心。