



## 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油麻地中心：

傳真：3679 3068 電郵：spa@heephong.org

地址：九龍油麻地砵蘭街 61-63 號長盛中心 11 樓 B 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 聯絡本會油麻地中心。