協康會 星悅中心
HEEP HONG SOCIETY STAR LIGHT CENTRE

社會福利署資助服務
Subsidised Service by the Social Welfare Department

申請須知

1. 本中心為自閉症人士支援中心，申請人須符合以下申請資格：
   i. 年滿 15 歲
   ii. 智商達 70 或以上
   iii. 經評估 / 診斷為自閉症譜系障礙

2. 如未能提供足夠的個人資料，本中心將無法處理申請，申請人須提交以下文件：
   ☐ 服務申請表
   ☐ 自閉症診斷證明
   ☐ 智力評估報告

3. 未滿 18 歲的申請人須取得家長/監護人的同意後方可參加。

4. 提交申請表及相關文件後，本中心會致電確認，並通知接納申請與否。

5. 申請人於服務期內不能同時參加由其他自閉症人士支援中心提供的相同服務。

6. 協康會對於接納申請與否保留最終決定權。

申請辦法

請將填妥之申請表，連同自閉症診斷及智力證明文件副本，透過電郵、傳真、郵寄或親身遞交至協康會星悅中心：

電郵：spa@heephong.org
傳真：3679 3068
地址：九龍長沙灣道 833 號長沙灣廣場第一期 8 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。

協康會 星悅中心
HEEP HONG SOCIETY STAR LIGHT CENTRE

社會福利署資助服務
Subsidised Service by the Social Welfare Department

服務申請表

姓名：_____ 性別：___ 出生日期：_____(日/月/年)

住址：_____

聯絡電話：_____(住宅 / 手提) 電郵：_____

家長/監護人姓名：_____ 關係：_____

家長/監護人聯絡電話：_____(手提) 電郵：_____

申請人現況：

☐ 在學 (學校名稱：_____) ☐ 待學

☐ 就業 (職業：_____) ☐ 待業

☐ 工作訓練 (機構名稱：_____) ☐ 其他：_____

服務需要 *(請在適當的選項✓，可選多項)*

☐ 情緒困擾 ☐ 兩性相處 ☐ 就業支援 ☐ 日常生活功能

☐ 社交溝通 ☐ 生涯規劃 ☐ 家庭關係 ☐ 語言理解/表達

☐ 其他：_____

申請人簽署：_____ 日期：_____

家長/監護人簽署：_____ 日期：_____

18 歲或以上人士可自行簽署，未滿 18 歲人士則需家長或監護人簽署

轉介機構資料 *(自行申請者不用填寫此欄)*

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：_____

得悉此服務的途徑 *(請在適當選項加「✓」，可選多項)* **請刪去不適用者*

☐ 協康會網頁/宣傳單張* ☐ 傳媒 (報章、雜誌、電視、電台等)

☐ 學校/機構轉介* ☐ 其他家長介紹 ☐ 其他：_____