

內部使用 Internal use only

申請編號

白內障手術資助計劃

申請表





甲部：

(* 請在適當方格 填上「√」號。)

第一部分：申請人資料			
申請人姓名：	中文：	英文：	
性別/ 年齡：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 / 歲	出生日期： 年 月 日	
身份証號碼：		申請人電話：	
居住地址：	(香港 / 九龍 / 新界)		
聯絡人姓名： (與申請人關係)	(關係：)	聯絡人電話：	
第二部分：申請人病歷記錄			
病情跟進公立醫院：			
等候手術年期：		公立醫院眼科應診年期：	
醫院管理局文件：	<input type="checkbox"/> 醫管局覆診紙	<input type="checkbox"/> 醫管局轉介信	<input type="checkbox"/> 手術預約紙
第三部分：申請人經濟狀況			
(1)	在職人士	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是	職業：
(2)	領取個人/家庭在職家庭津貼	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	
(3)	領取傷殘津貼	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	
(4)	領取長者生活津貼	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	
(5)	領取長者高齡津貼(生果金)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	
(6)	領取綜合社會保障援助(綜援)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 沒有	

第四部分：手術套餐範圍	
白內障(單隻)手術套餐包括手術前一次、手術後兩次專科門診費用、診症檢查及手術當日使用之基本眼藥水、指定人工晶體片、手術前基本護理、手術室基本費用、醫生手術費用、手術後基本止痛藥物。	
第五部分：自費項目	
1. 首次專科門診費用 HK\$480- (成功獲得資助者，此款項將可獲得退回。)	
2. 量度人工晶體度數之費用。(本院收費為 HK\$300 元正，此款項不可退回。)	
3. 入院前 2019 冠狀病毒病檢測費用。(本院接受獲香港特別行政區政府認可之檢測機構的檢測結果。)	
4. 特殊要求或額外人工晶體片費用、手術正常程序以外的緊急服務、白內障或手術引致併發症所需的各項治療費用等。	
第六部分：聲明及承諾	
1. 本人為香港特別行政區永久性居民。	
2. 本人已加入香港特別行政區「醫健通」計劃。	
3. 本人正接受公立醫院眼科治療及輪候政府的「白內障手術」，並有申請資助的需要。	
4. 本人向寶血醫院(明愛)白內障手術資助計劃申報之所有個人資料及經濟狀況，全屬真實、準確及完整。	
5. 本人明白遞交文件(申請表及附加文件)均需清晰可見及齊全，方能接受醫院的正式審批。	
6. 本人明白及同意 **一切超出資助金額的開支及費用** 將需由本人 <u>自行承擔</u> ，醫院將不會提供任何額外資助。	
7. 本人明白是次資助計劃並不適用於保險索償或直接結算。	
8. 本人了解及同意接受本申請計劃之條款，並同意向有關資助機構及人士提供所需資料，記錄及醫療報告作處理、評估及批核資助申請，並作統計/報告之用。	
9. 寶血醫院(明愛)有權因應不同的原因，更改、暫停、撤回或中止本計劃及/或任何個別申請。	
申請人簽署：	申請日期：

乙部：

請準備好下列文件：			
	填好的申請表 (已簽署)		香港身分證 (副本)
	公立醫院覆診紙或轉介信 (副本)		津貼證明文件(如有) (副本)
遞交途徑：			
WhatsApp 傳送 (6013 6754) / Email 電郵 (foundation@pbh.hk) / 郵寄到醫院 (九龍深水埗青山道 113 號) / 親身到醫院遞交 (位於地下大堂的醫院服務處)			
如何得知是次資助計劃：			
<input type="checkbox"/>	醫院網站	<input type="checkbox"/>	親友告知
<input type="checkbox"/>	社區中心	<input type="checkbox"/>	其他：_____