

仁心仁術慈善計劃
「婦科慈善手術計劃」申請表

此部份由本院職員填寫
收表日期：_____
檔案編號：_____

申請資助項目：_____

第一部份 申請人資料			
申請人姓名：	中文：	英文：	
性別：	☐ 男 ☐ 女	出生日期：	
聯絡電話：		*身份證號碼：	
居住地址：			
聯絡人姓名： (與申請人關係)	()	聯絡人電話：	
第二部份 轉介機構(如適用)			
機構名稱：		電郵：	
聯絡人姓名：		電話：	
轉介原因：			
第三部份 病歷紀錄			
病情：			
診治醫院：			
最近檢查日期：			
曾否接受相關手術？	☐ 否 ☐ 有	手術年份：	
曾否接受相關醫療造影檢查：	☐ 否 ☐ 有	檢查項目：	檢查日期：
其他(由本院填寫)：			
第四部份 申請人經濟狀況			
現正領取以下政府資助：			
☐ 綜合社會保障援助 (綜援)，並附上醫療費用豁免證明書副本 ☐ 在職家庭津貼計劃 ☐ 學生資助計劃			
社會福利署/ 在職家庭及學生資助事務處檔案編號：_____			
跟進閣下個案的職員姓名：_____ 聯絡電話：_____			

第五部份 聲明	
本人向仁安醫院仁心仁術慈善計劃申報之所有個人資料及經濟狀況，全屬真確完整。本人了解及同意接受本申請表所列之申請條款，並同意有關機構及人士向仁心仁術慈善計劃提供所需資料、記錄及醫療報告作處理有關申請之用。	
申請人簽署：_____ 日期：_____	
* 請刪除不適用句子 ☐ 請在適當方格填上「✓」號	

仁心仁術慈善計劃 「婦科慈善手術計劃」資助說明書

申請條款

資助項目

一般情況下，申請人如通過審批，其手術費用會由仁心仁術慈善計劃資助，資助項目包括門診診症、住院期間之醫生巡房費及程序費、醫院費(膳食費或非必須之個人用品除外)、治療程序期間所需之醫療用品及儀器、住院期間之必須藥物、因治療程序引起之併發症所需之額外治療費用^{#註1}。而具體的資助範圍及項目以仁心仁術慈善計劃最後批出為準。

^{#註1} 此費用以二十萬元為上限，有需要時，仁安醫院有權將個案轉介至醫管局轄下之醫院繼續治療。

申請資格

1. 為香港永久居民或經註冊慈善機構轉介個案
2. 現正領取綜援/ 在職家庭津貼計劃/ 學生資助計劃之人士
3. 由仁安駐院/訪院婦科醫生轉介之個案 或
持有由公立醫院/私家婦科醫生發出之醫療證明(適直接受子宮鏡、子宮頸擴張及刮除術 或 腹腔鏡卵巢囊腫切除術)，並獲指定仁安婦科醫生確診合適的個案
4. 非急症個案
5. 未曾受惠於仁心仁術慈善計劃之人士

申請程序

1. 申請人需填妥資助申請表連同下述所需之文件郵寄至「香港沙田大圍富健街18 號仁安醫院仁心仁術慈善計劃」或電郵至charity@union.org。
2. 申請人每次只可以遞交一份申請書，並確保資料齊全。重覆遞交或資料不齊全的申請將不獲處理。
3. 仁心仁術慈善計劃委員會在接獲申請後，會先以申請人是否符合申請資格及資料是否齊全作出初步評審，隨後再由委員會作個別評估以選擇合適的接受資助個案。申請人如獲批資助，會在遞交申請書日期後一個月，獲本院專人個別通知。
4. 仁安醫院及仁心仁術慈善計劃會保留最終決定權，申請人不得異議。

所需文件

1. 填妥之資助申請表
2. 身份證明文件副本
3. 公立醫院或醫生轉介信、相關醫療報告及病情資料
4. 綜援證明文件及醫療費用豁免證明書副本/在職家庭津貼證明文件副本/ 學生資助證明文件副本（成功申請者需於求診當日帶同正本作核對之用）

申請人法律責任

申請人所提供的資料必須真確及完整。任何人士以欺詐手段獲得財物/ 金錢利益/ 任何利益，或為使自己或另一人獲益，或意圖使另一人遭受損失，而不誠實地以欺騙手段促使在銀行的紀錄內記入記項，均屬違法行為。申請人如明知或故意作虛假陳述或隱瞞任何資料以騙取資助，或已申報的資料如有所改變並可能導致申請人不符合資格申請資助，而申請人蓄意不向本院申報有關資料的變更，可能會引致被檢控。