

仁心仁術眼內藥物注射慈善計劃
申請表

此部份由本院職員填寫
收表日期：_____

檔案編號：_____

第一部份 申請人資料		
申請人姓名：	中文：	英文：
性別：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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：		
曾否接受眼科手術或眼內藥物注射?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有 _____ 手術/注射*年份：	
其他(由本院填寫)：		
第四部份 醫健通(電子健康紀錄互通系統)		
<p>申請人必須先自行申請「電子健康紀錄互通系統」並給予「仁安醫院」互通同意，如眼內藥劑注射申請獲初步批核，申請人需於醫生診症當日提供申請互通系統時所用的身份證明文件，以啟動電子健康紀錄。</p> <p>(如申請人沒有申請「電子健康紀錄互通系統」，申請將不獲受理。)</p> <p><input type="checkbox"/> 本人已申請醫健通(電子健康紀錄互通系統) 並給予「仁安醫院」互通同意</p>		
第五部份 綜合社會保障援助(綜援)資料		
檔案編號：	_____	跟進閣下個案的社會福利署職員姓名：_____
聯絡電話：	_____	<input type="checkbox"/> 已附上綜援及醫療費用豁免證明書副本
第六部份 聲明		
<p>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。</p>		
申請人簽署：	_____	日期：_____
<p>* 請刪除不適用句子 <input type="checkbox"/>請在適當方格填上「✓」號</p>		

UHC-001d-23-3223(R2)

仁心仁術眼內藥物注射慈善計劃 申請條款

資助項目

一般情況下，申請人如通過審批，其眼內藥劑注射費用會由仁心仁術慈善計劃資助，包括醫生診症、治療所需之醫療用品及儀器、藥物及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
2. 現正領取綜合社會保障援助(下稱「綜援」)人士
3. 需經醫院管理局轄下醫院或仁安醫院眼科醫生確診患有濕性老年黃斑病變、息肉狀脈絡膜血管病變、糖尿病黃斑水腫和視網膜靜脈阻塞等病症，並需要接受眼內藥物注射治療。
4. 相關眼睛視力(Visual Acuity)為0.05或以上
5. 未曾受惠於其他眼內藥物注射計劃資助

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。合資格申請人會在遞交申請表日期後一個月，獲本院專人安排約見本院眼科醫生，以檢查是否適合接受眼內藥物注射。
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. 由指定的公立醫院發出之眼內藥物注射醫療評估表格(請向該院醫務社工部門索取)
3. 身份證副本、綜援證明文件副本及社會福利署發出的醫療費用豁免證明書副本(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致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。