



## 「全人發展 - 聽障家庭支援計劃」

### 言語治療申請表格

#### 學生個人資料

中文姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_

英文姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_日\_\_\_\_月\_\_\_\_年

聽力情況：全聾 / 弱聽 / 健聽 （左耳：\_\_\_\_分貝、右耳：\_\_\_\_分貝）

通訊地址：\_\_\_\_\_

就讀學校名稱：\_\_\_\_\_ 就讀年級：\_\_\_\_\_

請在合適的空格內填上  學生現時正在輪候政府核下之言語治療服務 學生現正接受 \_\_\_\_\_ 機構之言語治療

#### 家庭資料

	姓名	關係	聽力情況	聯絡電話 / WhatsApp
1.			全聾 / 弱聽 / 健聽	
2.			全聾 / 弱聽 / 健聽	
3.			全聾 / 弱聽 / 健聽	
4.			全聾 / 弱聽 / 健聽	

#### 緊急聯絡人資料

姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_ 電話 / WhatsApp：\_\_\_\_\_

家長簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

檔案編號：OSC-2.1st



只供職員填寫

負責職員：\_\_\_\_\_

收表日期：\_\_\_\_\_

由職員填寫

社工評估

個案編號：\_\_\_\_\_ (e.g. DD/DH/HD/HH + Y/N)

符合申請條件

不符合申請條件

---

---

---

---

社工簽署：\_\_\_\_\_

社工姓名：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_