

香港房屋協會-雋康天地 雋康頤庭(護理安老院)

申請編號：

(只供內部填寫)

入住申請表

1. 申請人資料

*姓名 : _____ (中文) _____ (英文)

*出生日期 : _____ 年齡 : _____
(日 / 月 / 年)

*香港身分證號碼 : _____ *性別 : _____

國籍 : _____ 籍貫 : _____

住址 : _____

*聯絡電話 : _____
_____ (住宅)/ _____ (手提)

電郵 : _____

2. 聯絡人[#]資料

*姓名 : _____ (中文) _____ (英文)

與申請人關係 : _____

住址 : _____

*聯絡電話 : _____
_____ (住宅) / _____ (手提)

電郵 : _____

[#]雋康頤庭會就申請事宜與聯絡人或申請人聯絡跟進。

3. 新入住院舍住客的疫苗接種要求

院舍會應政府的本地防疫抗疫措施，申請人或新住客必須符合所需的疫苗接種要求方可入住或繼續居於院舍：

- (1) 申請人已最少接種第一劑 2019 冠狀病毒疫苗(「新冠疫苗」)或持有醫生簽發的「新冠疫苗接種醫學豁免證明書」(「豁免證明書」)證明其因健康狀況而不適合接種新冠疫苗，並向安老院提供疫苗接種紀錄或「豁免證明書」副本，方可入住院舍；
- (2) 如住客入住安老院時接種了第一劑新冠疫苗，住客須在該接種日起計，按社會福利署所**指定限期**內完成新冠疫苗接種[^]，方可繼續居於院舍。

請提供以下資料（按情況）：

接種日期(請填寫)	疫苗名稱 (請選擇)
第一針接種日期 _____年_____月_____日	☐ 科興 Sinovac ☐ 復必泰 BioNTech ☐ 其他：(請註明)_____
第二針接種日期 _____年_____月_____日	☐ 科興 Sinovac ☐ 復必泰 BioNTech ☐ 其他：(請註明)_____
第三針接種日期 _____年_____月_____日	☐ 科興 Sinovac ☐ 復必泰 BioNTech ☐ 其他：(請註明)_____
第四針接種日期 _____年_____月_____日	☐ 科興 Sinovac ☐ 復必泰二價疫苗 BioNTech ☐ 其他：(請註明)_____
第五針接種日期 _____年_____月_____日	☐ 科興 Sinovac ☐ 復必泰二價疫苗 BioNTech ☐ 其他：(請註明)_____

- ☐ 持有醫生簽發「新冠疫苗接種醫學豁免證明書」，證明因健康狀況而不適合接種新冠疫苗。

4. *申請住宿時期 (請在合適方格加✓)

☐ 長期住宿 (住宿期為 31 日或以上)

入住期：由____年/____月/____日 至 ____年/____月/____日

☐ 暫未計劃退院日期

☐ 短期住宿 (住宿期由 3 日至 30 日)

入住期：由____年/____月/____日 至 ____年/____月/____日)

5. 入住原因

☐ 出院後護理 ☐ 身體狀況轉變 ☐ 傭人放假 ☐ 其他(請註明)_____

6. *房間類別 (請在方格內填 1、2、3, 「1」為首選、「2」為次選, 如此類推)

☐ 包房

☐ 雙人房

☐ 五人房

7. 支付費用來源 (請在合適方格加✓)

☐ 個人儲蓄/投資

☐ 家人供養

☐ 長俸/退休金

☐ 其他(請註明)_____

8. 居住狀況 (請在合適方格加✓)

8.1 過往居住狀況：

☐ 獨居

☐ 與家人同住

☐ 與其他人同住(請註明：_____)

主要照顧者：_____

8.2 現時居住狀況：

☐ 無變

☐ 醫院

☐ 其他：_____

主要照顧者：_____

9. 健康情況 (請在合適方格加✓)

9.1 病歷 (請註明診斷年份):

☐ 中風 : _____ ☐ 高血壓 : _____ ☐ 糖尿病 : _____

☐ 心臟病 : _____ ☐ 抑鬱症 : _____ ☐ 帕金森症 : _____

☐ 腰背痛 : _____ ☐ 認知障礙症 : _____ ☐ 退化性關節炎 : _____

☐ 曾跌倒 : _____

有/否骨折 有/否進行手術 部位 : _____

☐ 白內障(左/右) : _____ 有/否進行手術

☐ 其他(請註明) : _____

9.2 傳染性疾病*(請註明診斷年份):

☐ 耐藥性金黃葡萄球菌感染 : _____ 年 (☐ 已痊癒) ☐ 梅毒 : _____ 年 (☐ 已痊癒)

☐ 結核病 : _____ 年 (☐ 已痊癒) ☐ 疥瘡 : _____ 年 (☐ 已痊癒)

☐ 肝炎 : _____ 年 (☐ 已痊癒) ☐ 不詳

☐ 其他(請註明) : _____

*如申請人曾被診斷上述有關傳染性疾病，請務必申報。如申請人/家人未能確定是否患有上述傳染病，請向有關醫護人員查詢。如發現有關傳染病未經申報，本院有權拒絕有關申請，所繳之評估費亦不獲發還。

9.3 活動能力:

☐ 行動自如 ☐ 使用助行器材

☐ 須用輪椅 ☐ 須長期臥床

9.4 進食:

☐ 自行進食 ☐ 須協助進食 ☐ 須喉管飼食

9.5 如廁：

- ☐ 自行如廁 ☐ 小便失禁 ☐ 大便失禁
- ☐ 協助如廁 ☐ 使用尿片
- ☐ 使用導尿管 ☐ 「造口」護理

9.6 醫療設施：

- ☐ 製氧機 ☐ 正壓呼吸機 ☐ 腹膜透析 ☐ 血液透析
- ☐ 其他特別護理照顧需要(請註明)_____

9.7 覆診：

- ☐ 專科 SOPD : _____ 醫院 / 診所 _____ 科
- ☐ 普通科 GOPD: _____ 醫院 / 診所
- ☐ 私家診所 : _____ 醫院 / 診所 _____ 科

10. 資料來源 (請在合適方格加✓)

- ☐ 網頁 / FACEBOOK ☐ 通函 / 信件 ☐ 雋悅租務部 ☐ 親友 (☐ 雋悅租戶)
- ☐ 雜誌廣告 ☐ 頭條日報 ☐ 經濟日報 ☐ 晴報
- ☐ 其他 : _____

11. 直接促銷

我們打算使用您的個人資料於直接促銷之目的，並現根據〈個人資料(私隱)條例〉的規定，為此徵求您的同意。我們打算發送給您有關香港房屋協會及/或我們的業務夥伴提供的項目、活動、推廣及優惠的資料。我們及/或我們的業務夥伴所提供的產品，服務和設施，可能包括與住屋、醫療、家居服務、飲食及其他房屋及其附屬設施有關的產品、服務及設施。

為直銷目的，我們可能會使用您的姓名、電子郵件地址、通訊地址、手機號碼及傳真號碼。我們也可能通過各種渠道發送促銷文獻或訊息給你，包括印刷信函、電子郵件及手機短訊。若閣下不想收取此等促銷資料，您可以通知我們或通過我們的直銷材料中提供的聯繫方式聯絡我們要求從此拒收直銷資料。

處理您的請求後，我們將停止將您的個人資料用於直銷之目的。

如你不在以下空格加「✓」，但在本聲明上簽署表示接納，即表示不反對（即同意）被加入直銷名單。

☐ 我反對我的個人資料被用作上述的直接促銷。

本人確認就本人所知本申請表所填寫的資料是真實正確的。本人並確認已閱讀並接受本申請表的個人資料說明。

*申請人姓名(正楷) : _____ 簽署 : _____ 日期: _____

*聯絡人姓名(正楷) : _____ 簽署 : _____ 日期: _____

註有「*」的欄位必須填寫。