

伽瑪刀慈善基金審查表格

參考編號: _____

日期: _____

在填寫此表格之前，請下載並閱讀伽瑪刀慈善基金申請指南。如需協助，請致電 6280-2752 與我們聯絡。

A. 患者個人資料

英文姓名			
中文姓名		身份證號碼	
出生日期(日/月/年)		性別	* 男 / 女
婚姻狀況	* 單身/已婚/離婚/寡婦/鰥夫		子女人數:
住宅地址			
聯絡電話號碼	(家)	(手提)	(其他)
工作職位			
僱主名稱			
目前月薪			
轉介渠道	* 自薦 / 私家醫生 / 政府醫生 / 非牟利機構		
推薦人資料			

家庭成員資料 (請如實填寫所有家庭成員資料，確保信息準確，不得遺漏或虛假陳述。)

與患者關係	姓名	性別	年齡	婚姻狀況	每月總收入 ⁽¹⁾

補充資料: _____

(1) 最少 6 個月的月入總和平均值，包括工資、退休金、所有親戚或朋友的定期經濟資助；以及患者所有個人資產和/或財產收入。

* 請刪除不適用者

患者姓名: _____

參考編號: _____

B. 財務評估

財務收支	總數 (HK\$)
家庭每月總收入	
家庭每月總支出 (例如: 供樓, 屋租, 水電煤費用)	
家庭總資產	總數 (HK\$)
銀行儲蓄總結餘	
其他資產, 例如物業、股票、股份、保險等等	
總值:	

1. 請簡述你目前的財務狀況以及面臨難以支付治療費用的情況 _____

2. 你是否有購買醫療保險, 可以承擔部份治療費用? _____

3. 你是否正在同時尋求其他組織、慈善機構或基金的醫療費用資助? (是/否)

如有, 請說明 _____

4. 你是否有領取社會福利 (是 / 否)

(綜援 / 其他社會福利: _____) 檔案編號: _____

聲明: 透過提交此問卷, 我確認以上所提供的資料均據我所知的全部。我了解所提供的資料將用於評估伽瑪刀慈善基金(GKCF)補貼的資格。如以欺騙方式取得 GKCF 資助乃屬刑事犯罪, 患者 / 申請人 / 患者的家庭成員一經定罪, 將根據<竊盜罪條例> (香港法例第 210 章) 被處以監禁。

* 患者 / 患者家屬 / 受託人 簽署

* 見證人姓名及簽署

患者姓名: _____

參考編號: _____

[以下部份由負責醫生填寫]

C. To be completed by referring Doctor

Diagnosis	
Date of diagnosis	
No. of Brain Met and locations (if applicable)	
Primary cancer (if applicable)	
Previous Treatment (specify if any)	RT / Chemotherapy / Operation / Others
Presenting Symptoms/Signs	
Clinical Status	
Karnofsky Scale	
Comments from Referring Doctor	

Referring Doctor Name: _____

Address: _____

Contact No.: _____

Signature: _____