

# 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 2522-2332 與我們聯絡。

## A. 患者個人資料

英文姓名			
中文姓名		身份証號碼	
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		
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

與患者關係	姓名	性別	年齡	婚姻狀況	每月總收入 <sup>(1)</sup>

補充資料: \_\_\_\_\_

(1) 最少 6 個月的月入總和，包括工資、退休金、[不]同居的親戚或朋友的定期經濟資助；來自患者資產和/或財產收入。

\* 請刪除不適用者

患者姓名: \_\_\_\_\_

參考編號: \_\_\_\_\_

### 財務評估

收入	總數 (HK\$)
家庭每月總收入	

家庭總資產	總數 (HK\$)
銀行儲蓄結餘	
其他資產，例如股票、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: \_\_\_\_\_

\* 請刪除不適用者

**[以下部份由負責醫生填寫]**

**B. 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: \_\_\_\_\_