

個案編號：

N048R

—

0

0

0

0

1

2

服務單位代號

編號

(請服務單位填寫由預約系統自動分配的編號)

關愛基金「長者牙科服務資助」項目 (下稱「本項目」)

申請表格(2024年7月版本)

(適用於長者生活津貼受惠人一由直接接受申請的牙科診所辦理申請)

注意：

- 請用黑色或藍色原子筆以正楷填寫本申請表格。除特別註明的項目外，所有資料必須以中文填寫。
- 請在適當的方格「□」內填上「✓」號。
- 表格內第二部份申請人的個人資料及第四部分聲明如有塗改，須由申請人簽署確認。
- 當服務單位在預約牙科診期電腦系統(「預約系統」)輸入已為申請人預約的首次應診日期後，可把有關表格的正本，包括(i) 初步甄別表格、(ii) 本申請表格 及 (iii) 申領行政費／轉介費表格，一併郵寄／送交項目辦公室(地址：香港西營盤醫院道34號菲臘牙科醫院 LG1)，以便項目辦公室在長者完成整項牙科診療後安排發放有關的行政費／轉介費。在郵寄前，服務單位必須保留所有表格的副本作記錄。

第一部分 已填寫的初步甄別表格及申請的服務

本人確認：

- ☒ (1) 本人已接受服務單位的初步甄別，並確認本人符合所有申請接受關愛基金「長者牙科服務資助」的條件。服務單位亦已向本人講解申請資格(包括申請第二次服務的資格)。當服務單位替本人遞交申請表格時，會隨附已完成的初步甄別表格，以供參考。
- ☒ (2) 本人：☐ 申請鑲配活動假牙及其他牙科診療服務，包括口腔檢查、洗牙、補牙、脫牙、X光檢查、移除牙橋或牙冠和根管治療(杜牙根)。
- ☒ 不想申請鑲配活動假牙，只申請接受其他牙科診療服務。

第二部分 申請接受牙科服務人士的個人資料

中文姓名：

陳小文

英文姓名：

C H A N

姓(英文)

S I U M A N

名(英文)

出生日期：

1 9 4 0 年 0 8 月 0 8 日 (已向服務單位出示證明文件)

香港身份證號碼：

A — 2 4 6 8 1 0 (3)

性別：

☒ 男

☐ 女

本港住址：

九 龍 旺 角 富 榮 花 園 2 座 5 樓 A 室

所屬地區編號*： 0 5

*所屬地區編號：

01 中西區

02 灣仔區

03 東區

04 南區

05 油尖旺區

06 深水埗區

07 九龍城區

08 黃大仙區

09 觀塘區

10 荃灣區

11 屯門區

12 元朗區

13 北區

14 大埔區

15 西貢區

16 沙田區

17 葵青區

18 離島區

電話號碼：

6 4 4 1 8 5 5 6

聯絡人資料：

陳欣欣

姓名(中文)

父女

與接受牙科服務
人士的關係

6 4 4 1 8 5 5 7

電話號碼

個案編號：

N048R

—

0

0

0

0

1

2

服務單位代號

編號

(請服務單位填寫由預約系統自動分配的編號)

第三部分 預約牙科診期的安排

1. 對服務點的選擇

(注意：服務單位只會向申請人提供根據由項目辦公室編制最新參與項目的關愛牙醫／牙科診所名冊內有關牙醫／牙科診所的資料，然後按申請人的選擇安排預約診期。服務單位不會(亦不可)代申請人作出選擇。)

(1) 本人的選擇意向如下：

- (i) 李一科醫生 油尖旺 區
- (ii) 王二牙科醫生 油尖旺 區
- (iii) _____ 區

(2) ☒ 如以上服務點未能提供名額，申請人願意輪候以上其中一個服務點。

(3) 本人明白，不論在本區或跨區應診，本人均需自行承擔應診交通費。

(4) 本人明白，首次應診後，本人不能再預約其他參與項目的牙醫。

2. 申請人如對首次應診日期及時間有任何意向，請於下方表明。

(在能夠應診的時段加上「✓」； 不能夠應診的時段加上「×」)

	星期一	星期二	星期三	星期四	星期五	星期六
09：00 - 13：00	✓	×	✓	✓	×	×
14：00 - 17：00	✓	✓	×	×	×	×
17：00 - 20：00	×	×	×	×	×	

第四部分 申請接受牙科服務人士的聲明及承諾

- 本人（即下方簽署人）聲明本人為本申請表格第二部分所示的香港身份證號碼持有人。
- 本人已細閱／由他人向本人讀出並說明本申請表格附錄一的獲轉介接受牙科服務人士須知及附錄二的收集個人資料的聲明，並完全明白其內容。
- 本人願意接受關愛基金提供的鑲配活動假牙及／或其他牙科診療服務。
- 本人授權並同意香港牙醫學會(包括其代理人／承辦商／參與項目的非政府機構／牙科診所等)、關愛基金秘書處、關愛基金轄下委員會及香港特別行政區政府（下稱「政府」）的有關政策局和部門使用本人的資料，包括他們所持有關於本人的個人資料、本人在本申請表格上填報的資料及就本項目已／可能遞交的其他資料，以處理本人就本項目的申請（包括確定本人是否符合本項目的受惠資格）及接受牙科服務事宜，以及作任何與該等目的直接有關的其他用途。有關政策局／部門包括但不限於民政及青年事務局、醫務衛生局、社會福利署，以及參與本項目的行政及運作及其他相關政府辦事處。
- 本人同意香港牙醫學會(包括其代理人／承辦商／參與項目的非政府機構／牙科診所等)、關愛基金秘書處、關愛基金轄下委員會及有關政府政策局和部門（如上文第 4 段所述）使用本人的資料，進行任何與本人就本項目的申請及與接受牙科服務有關的審核及／或調查，並同意在審核及／或調查工作必須披露有關資料的情況下，向其他有關方面披露本人的資料。
- 本人同意香港牙醫學會把本人的資料與醫務衛生局及／或社會福利署及／或其他政府政策局／部門及／或其代理人／承辦商及／或參與項目的非政府機構／牙科診所所持有關於本人的個人資料進行核對，以便處理本人就本項目的申請及接受牙科服務事宜。本人明白核對程序旨在確定本人是否符合本項目的受惠資格；如本人不符合資格，將不能獲得本項目的資助牙科服務。
- 本人明白及同意香港牙醫學會有權在處理申請過程中或本人獲得牙科服務資助後全面審查本人的申請，以確認本人提供的資料是真實、完整和準確。本人定必與香港牙醫學會充分合作，包括向香港牙醫學會提供本人的詳盡資料以作審查，否則香港牙醫學會有權取消本人的申請資格，及／或要求本人繳付等同關愛基金在本項目下為本人提供牙科服務所涉及資助的金額。

個案編號：

N048R

—

0

0

0

0

1

2

服務單位代號

編號

(請服務單位填寫由預約系統自動分配的編號)

8. 本人明白及同意香港牙醫學會把本項目為本人提供的資助牙科服務所涉及的資助金額直接發放予辦理申請的非政府機構和提供治療的牙科診所。
9. 本人明白本項目所提供的資助並不包括接受牙科服務人士應診時所涉及的交通費用，有關交通費用須由接受牙科服務人士自行支付。
10. 本人聲明在本申請表格上填報的資料及就本項目已／可能遞交的其他資料，均屬正確無訛。本人明白，如明知或故意作出虛假陳述或隱瞞資料，或以其他方式誤導香港牙醫學會，以圖取得本項目的資助牙科服務，可被檢控。本人明白，蓄意提供虛假資料或漏報資料，企圖以欺騙手段取得本項目的資助，屬刑事罪行。本人除不能獲取本項目的資助外，根據《盜竊罪條例》(香港法例第 210 章)，可被檢控。一經定罪，最高可被判處監禁 14 年。

申請接受牙科服務人士
簽署：

(如不會讀寫*，請印上指模)

申請日期：

3-7-2024

* 如申請人精神上有行為能力但不會讀寫，須填寫此部份見證人資料

本人見證這份文件已在申請人面前朗讀及解釋。

見證人簽署：

見證人姓名：

香港身份證號碼：

日期：

第五部分 已預約的牙醫及診期資料(本部分由服務單位填寫)

本服務單位已為申請接受牙科服務人士預約轄下牙醫及首次診期，並已將有關資料輸入預約系統，詳情如下：

牙科診所名稱： 好好牙科診所

牙醫姓名： 李一

聯絡電話： 2123 4567

已預約的首次應診日期： 2024 年 7 月 22 日

已預約的應診時間： 上午10:00

- ➔ 服務單位為申請人預約牙醫及首次應診後，盡快把(i)本申請表格及(ii)初步甄別表格上載至預約系統。
- ➔ 在預約系統列印預約應診記錄表，服務單位負責職員於該表蓋章作實後，通知長者到服務單位領取預約應診記錄表正本，並保留副本作記錄。

獲轉介接受牙科服務人士須知

1. 關愛基金「長者牙科服務資助」項目(本項目)：

- (a) 本項目為關愛基金所資助的其中一個援助項目。
- (b) 本項目為符合資格的人士提供鑲配活動假牙及／或其他牙科診療服務(包括口腔檢查、洗牙、補牙、脫牙、X光檢查、移除牙橋或牙冠和根管治療(杜牙根)的資助。
- (c) 香港牙醫學會為本項目的推行機構，參與項目的非政府機構和牙科診所會協助香港牙醫學會推行本項目。

2. 受惠資格：

- (a) 在申請本項目時，該長者：
 - (i) 正接受社會福利署津助的「綜合家居照顧服務」或「改善家居及社區照顧服務」，並繳付第一級別或第二級別收費的 60 歲或以上的服務使用者，而又並非綜合社會保障援助受助人(注意：符合此項資格的申請人必須透過參與項目的綜合家居照顧服務隊／改善家居及社區照顧服務隊甄別及轉介申請本項目)；或
 - (ii) 於最近連續三個月正領取「長者生活津貼」的 65 歲或以上的受惠人(注意：符合此項資格的申請人必須透過參與項目的長者中心／社區中心／直接接受申請的牙科診所甄別及轉介申請本項目)；
- (b) (i) 從未受惠於關愛基金「長者牙科服務資助」項目(包括未曾透過參與項目的綜合家居照顧服務隊、改善家居及社區照顧服務隊、家務助理隊、長者中心、社區中心、直接接受申請的牙科診所等轉介申請本項目)；或
- (ii) 75 歲或以上於五年前或更早之前在項目下曾接受牙科服務的長者(只適用於第二次服務的申請人)
- (c) 從未受惠於衛生署的「長者牙科外展服務計劃」；
- (d) 已失去全部或部分牙齒而在日常進食或咀嚼食物時遇到困難，或患有牙疾，並願意接受本資助項目的牙科服務資助及診療；及
- (e) 獲參與項目的牙醫，根據香港牙醫學會制訂的指引，評估為需要並適合接受鑲配活動假牙及／或其他牙科診療服務。

3. 填寫申請表格和遞交申請：

- (a) 申請接受牙科服務人士必須填寫本申請表格的所有資料，並在表格上簽署。如申請接受牙科服務人士未能提供所需資料，香港牙醫學會(包括其代理人／承辦商／參與項目的非政府機構／牙科診所)將無法處理其申請。
- (b) 每位申請接受牙科服務人士只可遞交一份申請表格並確保填寫的資料正確無訛。如重複遞交申請表格或在遞交後更改資料，可能會令其申請延遲處理以致延後接受牙科服務。
- (c) 就不能遞交申請的精神上無行為能力人士，他們的法定監護人(即根據《精神健康條例》(香港法例第 136 章)獲委任的監護人)或親屬可致電 2525 8198 與香港牙醫學會關愛基金長者牙科服務資助項目辦公室(項目辦公室)聯絡以作出特殊安排。

4. 處理申請：

- (a) 項目辦公室在處理申請時，會查閱申請接受牙科服務人士所遞交的資料及其資格。有需要時，項目辦公室及參與項目的非政府機構和牙科診所會聯絡申請接受牙科服務人士澄清或要求遞交補充資料。
- (b) 項目辦公室在處理轉介申請過程中或提供牙科服務後會抽查部分個案，以進行審查，並在有需要時要求申請接受牙科服務人士遞交補充資料以作核對。項目辦公室經審查後如發現個案的資料失實或存在其他問題，接受牙科服務人士必須應項目辦公室要求繳付等同關愛基金在本項目下為接受牙科服務人士提供牙科服務所涉及及資助的金額。

5. 牙科服務資助詳情：

- (a) 項目辦公室並不會直接向接受牙科服務人士發放現金資助。
- (b) 項目辦公室會向提供轉介服務的非政府機構和提供診療的牙科診所直接發放為提供轉介服務及牙科服務的資助金額。
- (c) 參與項目的牙醫只會收取項目辦公室為接受牙科服務人士所發放的診療項目收費，而不會直接向接受牙科服務人士收取額外費用。
- (d) 本項目所提供的資助並不包括接受牙科服務人士應診時所涉及的交通費用，有關交通費用須由接受牙科服務人士自行支付。
- (e) 接受牙科服務人士在首次應診後，將不會獲安排預約其他參與項目的牙醫。
- (f) 如在接受牙科服務人士首次應診時，牙醫經檢查後認為該人士不適合／不需要鑲配活動假牙，牙醫會按項目指引規定，為接受牙科服務人士提供項目範圍內的牙科服務。如牙醫經檢查後認為該人士需要並適合鑲配活動假牙，接受牙科服務人士可把其原來「不想鑲配活動假牙」的意願，更改為「願意接受鑲配活動假牙」，唯須在臨床診治記錄表上簽署作實。
- (g) 接受牙科服務人士於最近一次應診後，無論基於任何理由未能於三個月內應診，或項目辦公室／牙科診所於

三個月內未能成功與該名人士聯絡，項目辦公室有權終止為該名人士繼續提供牙科服務。

- (h) 在獲得項目辦公室同意下，牙醫可以基於專業判斷或理由而拒絕為接受牙科服務人士提供牙科服務。
- (i) 牙醫會盡力為接受牙科人士提供項目下的服務，但接受牙科人士是否適合鑲配活動假牙及其後的適應情況，需視乎接受牙科人士的口腔及健康狀況。

6. 查詢：

有關本項目的詳情，請瀏覽關愛基金(<http://www.communitycarefund.hk>)及香港牙醫學會網頁(www.hkda.org) 或致電項目辦公室(電話：2525 8198)查詢。

收集個人資料的聲明

收集資料的目的

1. 香港牙醫學會(包括其代理人／承辦商／參與項目的非政府機構／牙科診所等)、關愛基金秘書處、關愛基金轄下委員會及香港特別行政區政府的有關政策局和部門，會使用本項目所收集的資料(下稱「資料」)作下列或其他相關的用途：

- (a) 在本項目下辦理你的申請及接受牙科服務事宜(如適用)，包括但不限於本申請表格第四部分所述的程序，並在有需要時與你聯絡；
- (b) 根據政府(包括但不限於社會福利署)持有的個人資料，與你提供的資料作核對，以確定你是否符合本項目的資格；
- (c) 為執行本項目，包括但不限於牙科服務資助，會進行本申請表格第四部分第5段所述的調查；
- (d) 診治跟進及用作醫療記錄；
- (e) 作統計用途，但所得的統計數字，會以不能辨識任何當事人或其中有關人士身份的形式發表；
- (f) 在查詢或投訴個案中便利溝通或跟進；及
- (g) 按法律規定、授權或作許可的用途。

2. 提供個人資料純屬自願，但你如未能提供足夠和正確的資料，香港牙醫學會可能無法處理你的申請，而最終取消你的申請資格。

資料可能移轉予的人士類別

3. 香港牙醫學會及／或其代理人／承辦商(包括但不限於參與項目的非政府機構／牙科診所)或會向關愛基金秘書處／關愛基金轄下委員會及／或相關的政府政策局／部門轉交你的資料，包括但不限於民政及青年事務局、醫務衛生局、社會福利署及資料的其他承轉人或本申請表格第四部分所載的其他各方。

查閱個人資料

4. 除了《個人資料(私隱)條例》(香港法例第486章)規定的豁免範圍之外，你有權要求查閱及改正未被刪除的資料。你的查閱權利包括在繳交有關費用後，索取你的資料的複本。

查閱及改正個人資料的要求

5. 如你希望查閱你的個人資料或查詢個人資料私隱政策，以及在查閱個人資料後要求改正所得的資料，請向下列人士提出：

職位名稱	:	項目經理
地址	:	香港西營盤醫院道 34 號菲臘牙科醫院 LG1 香港牙醫學會關愛基金長者牙科服務資助項目辦公室
電話	:	2525 8198