



關愛基金「長者牙科服務資助」項目 (本項目)
收集及轉交個人資料同意書
(適用於長者生活津貼受惠人)

承諾及聲明

1. 本人特此同意參與本項目的非政府機構服務單位 (下稱“服務單位”) 查閱本人的香港身份證¹(香港身份證號碼：_____)及載有本人銀行戶口資料的文件(包括但不限於銀行存摺或銀行月結單)，及將本人的個人資料及有關是次申請的任何資料轉移及發放予香港牙醫學會(包括其代理人、參與本項目的牙科診所或其他獲香港牙醫學會授權的人士)、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，以作核實本人符合本項目的受惠資格、辦理申請事宜及於附錄“收集資料之目的”所述的用途。
2. 本承諾及聲明，須受香港特別行政區法律管限，並須按照香港特別行政區法律解釋；本人、服務單位及香港牙醫學會不可撤銷地接受香港特別行政區法院的專屬司法管轄權管轄。
3. 本人已細閱本同意書，並完全明白本人在同意書下的義務及責任。
(適用於不會讀寫的申請人：本人已獲告知並解釋本同意書的內容，亦完全明白本人在同意書下的義務及責任。)

申請人簽署：_____ (如不會讀寫*，請印上指模)

申請人姓名：_____

日 期：_____

*** 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：_____

¹ 包括香港身份證號碼、中英文姓名、性別、出生日期和香港身份證簽發日期等個人資料。

收集資料之目的

收集資料之目的

1. 你所提供的資料及文件，會供服務單位／香港牙醫學會(包括其代理人、參與本項目的牙科診所或其他獲香港牙醫學會授權的人士)／關愛基金秘書處／關愛基金轄下委員會／香港特別行政區政府的有關政策局和部門作下列一項或多項用途：
 - 1.1 在本項目下辦理你的申請及接受牙科服務事宜(如適用)，並在有需要時與你聯絡；
 - (a) 查核你的身份證上的資料及將你的身份證號碼輸入「預約牙科診期電腦系統」，以核實你是否符合本項目的受惠資格；
 - (b) 核實你所提供載有你銀行戶口資料的文件(包括但不限於銀行存摺或銀行月結單等)，證明最近連續三個月內每月皆定期有「長者生活津貼」的津貼金額存入你的銀行戶口；及
 - (c) 處理你的個案、診治跟進、診療記錄、資助安排，以及執行和監察本項目，包括但不限於根據香港特別行政區政府的有關政策局和部門持有你的個人資料，與你就申請本項目所提供的資料作核對。
- 1.2 作統計用途，但所得的統計數字及資料，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；
- 1.3 在查詢或投訴個案中便利溝通或跟進；及
- 1.4 作法例規定、授權或許可的用途。
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，服務單位及香港牙醫學會可能無法處理你的申請或最終取消你的申請資格。

查閱個人資料

3. 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

4. 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，請向負責查閱你的個人資料文件及收集本同意書的非政府機構服務單位或下列人士提出：

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