

醫療費用資助申請



身體檢查

急需進行由公營醫療機構醫生建議之身體檢查以評估病情



心理健康

公營醫療機構精神健康服務覆診及藥物費用



購買醫療器材或處方藥物

管控健康之醫療器材/公營醫療機構醫生處方之自費購買藥物

改善在職低收入家庭/人士*因財政負擔而延誤檢查或治療的情況。
資助模式為實報實銷。

*須為：

1. 本港居民，居住於葵青區的在職低收入家庭或人士/於葵青區工作的在職低收入人士
2. 非領取全額綜援人士

如有任何爭議，由醫護行者保留最終決定權。

醫護行者簡介

醫護行者於 2011 年成立，是香港非牟利組織。我們的願景是人人健康的社會，並致力在香港推動健康公平。



本機構已註冊參與電子健康紀錄互通系統

聯絡我們

☎ 3461 9827



歡迎致電查詢詳情

☎ 6735 3254

葵家社康匯開放時間

| | | 一 | 二 | 三 | 四 | 五 | 六 |
|---|-----------|---|---|---|---|---|---|
| 早 | 9am - 1pm | | ✓ | ✓ | | ✓ | ✓ |
| 午 | 2pm - 6pm | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| 晚 | 6pm - 9pm | ✓ | | | ✓ | | |

星期日及公眾假期休息

☑ 中心開放

葵家社康匯地址



新界葵涌葵昌路58號
永祥工業大廈
5樓B1-2室
(葵家社康匯)

「基層在職家庭醫療費用資助」申請指引

(一) 目的

改善在職低收入家庭因財政負擔而延誤檢查或治療的情況。

(二) 資助內容

1. 身體檢查

資助等候公立醫院專科評估病情或診治期間，急需進行由公營醫療機構醫生建議之身體檢查

2. 心理健康

資助精神健康評估 / 公營醫療機構精神健康服務覆診及藥物費用

3. 醫療器材或醫生處方藥物

治療疾病所需所需之醫療器材 / 公營醫療機構醫生處方之自費購買藥物

(三) 申請資格 (必須同時符合以下條件)：

1. 本港居民，居住於葵青區的在職低收入人士或家庭
2. 申請人士或其家庭正領取或合資格領取以下其中一種津貼(其他情況請致電查詢)：
低收入在職家庭津貼* / 公立醫院及診所費用減免機制 / 學生資助處學校書簿津貼 / 鼓勵就業交通津貼。
3. 非領取全額綜援人士

參考資料：* 低收入在職家庭津貼 2020 年 4 月至 2021 年 3 月的申領月份住戶每月入息上限

| 住戶人數 | 1 人 | 2 人 | 3 人 | 4 人 | 5 人 | 6 人 |
|------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 14,100 元 | 20,500 元 | 25,100 元 | 31,300 元 | 32,500 元 | 34,000 元 |

(四) 申請及處理程序

1. 由社會服務機構社工/醫務社工、衛生署/醫管局轄下的醫生/護士填寫轉介表格轉介。
2. 轉介機構確認申請人符合申請資格。
3. 申請人填妥及簽署申請表格。
4. 如申請資助身體檢查需提供公營醫療機構醫生轉介信/門診預約紙副本。
5. 傳真轉介表格、申請表格、收入 / 津貼證明、醫生轉介信/門診預約紙(如有需要)至 3619 1577。
6. 醫護行者可要求申請人提供補充資料，補充資料需於通知後兩星期內交提交。逾期補交，其申請將作棄權論。
7. 醫護行者核實申請資料完整無誤後，七個工作天內確認審批結果，並通知轉介機構。

(五) 資助模式

實報實銷，由於各申請人健康需要不一，最終資助金額將按實際情況修訂。

(六) 查詢及聯絡方法

「葵家社康匯」，電話：3461 9827。

基層在職家庭醫療費用資助申請表

填寫申請者資料(請在適合位置加上✓)

| | | | |
|---|---|---|--|
| 中文姓名: (與身份證相同) | | 英文姓名: (與身份證相同) | |
| 性別: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 香港身份證: _____ () | 出生日期: _____ / _____ / _____ (YYYY/MM/DD) | |
| 聯絡電話: _____ 聯絡人: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他: _____ | | Whatsapp <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 住址: _____ | |
| 房屋類別: <input type="checkbox"/> 公屋 <input type="checkbox"/> 中轉屋 <input type="checkbox"/> 板間房/劏房 <input type="checkbox"/> 天台屋 <input type="checkbox"/> 居屋 <input type="checkbox"/> 私樓 <input type="checkbox"/> 寮屋 | | | |
| 職業: | 工作性質: <input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 散工 <input type="checkbox"/> 待業 <input type="checkbox"/> 家庭照顧者 <input type="checkbox"/> 退休 | 工作日子: <input type="checkbox"/> 平日 <input type="checkbox"/> 週末 <input type="checkbox"/> 輪班 <input type="checkbox"/> 不適用 | |
| 1. 申請人或其家人有否申請以下津貼: | | | |
| <input type="checkbox"/> 學生資助事務處學校書簿津貼計劃 <input type="checkbox"/> 學生資助事務處學生車船津貼 <input type="checkbox"/> 低收入在職家庭津貼 <input type="checkbox"/> 就業交通津貼 <input type="checkbox"/> 公立醫院及診所費用減免 <input type="checkbox"/> 其他津貼(請列明): _____ <input type="checkbox"/> 沒有申請任何津貼 | | | |
| 2. 申請人的同住家庭人數: _____人(包括申請人, 但不包括家庭傭工) | | | |
| A. 在職人數: _____人 | | | |
| (姓名 _____ 職業: _____; 姓名 _____ 職業: _____; | | | |
| 姓名 _____ 職業: _____; 姓名 _____ 職業: _____) | | | |
| B. 18歲以下人數: _____人(姓名 _____; 姓名 _____; 姓名 _____) | | | |
| 3. 申請人的家庭每月收入約(元): | | | |
| <input type="checkbox"/> 14,100 或以下 <input type="checkbox"/> 14,101 - 20,500 <input type="checkbox"/> 20,501 - 25,100 <input type="checkbox"/> 25,101 - 31,300 <input type="checkbox"/> 31,301-32,500 <input type="checkbox"/> 32,501 - 34,000 <input type="checkbox"/> 34,401 或以上 | | | |
| 4. 申請人資助類別(可申請多於一類): | | | |
| <input type="checkbox"/> 身體檢查/化驗/治療 | | <input type="checkbox"/> 心理健康 | |
| <input type="checkbox"/> 購買醫療器材或處方藥物 | | | |

| | |
|------------|-----------------|
| 轉介機構: | |
| 轉介職員姓名: | |
| 聯絡電話 / 電郵: | |
| 日期: | 年 月 日 |

本人 _____(申請人姓名) 謹此聲明以上所填報資料全部屬實, 正確無訛。

申請人簽署: _____ 日期: _____