

「基層在職家庭醫療費用資助」轉介指引

(一) 簡介

本計劃旨在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。透過資助申請人的特定醫療開支，減輕其家庭的經濟負擔。如需轉介個案，請先核實申請人是否符合資格，並提供相關證明文件。此計劃採用實報實銷的方式運作，確保每位申請者根據實際健康需要獲得適當資助。欲了解更多詳情，請聯絡醫護行者。

(二) 資助內容

1. 由公營醫療機構轉介的身體檢查或治療

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。以及由公立醫院醫生評估，急需到本地私營醫療機構進行的治療。

*需提供公營醫療機構醫生轉介信

2. 公立醫療機構的醫療開支

資助醫院管理局轄下的醫院 / 門診服務的醫療開支

*需提供門診預約紙副本

3. 精神健康相關的公營醫療機構開支

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

*需提供門診預約紙副本

4. 醫療器材或醫生處方藥物

治療疾病所需之醫療器材 / 公營醫療機構醫生處方之自費購買藥物，只限於香港本地購買。

*需提供醫生處方紙副本

5. 牙科檢查或治療 (只限65歲以下人士)

資助於牙科診所接受診療服務，包括口腔檢查、X光檢查、洗牙、補牙*、脫牙*、移除牙橋或牙冠*、根管治療(杜牙根)*、製作牙套或假牙*及藥物費用

* 需要醫生證明為適當治療

(三) 申請資格

申請人須符合以下所有條件							
1. 持有香港身份證				2. 成為醫護行者會員			
3. 非領取全額綜援人士				4. 居住或於葵青區工作的在職低收入人士或家庭			
申請人須滿足以下其中一項條件							
4a. 申請人或其家庭正領取或合資格領取以下其中一種津貼：							
I. 在職家庭津貼 II. 醫療費用減免 III. 中、小學生資助計劃 IV. 鼓勵就業交通津貼劃計劃							
4b. 根據申請人家庭人數的不同，家庭收入不得超過以下金額：							
家庭人數	1人	2人	3人	4人	5人	6人	7人
入息限額	\$18,000 或以下	\$24,950 或以下	\$31,350 或以下	\$35,000 或以下	\$36,800 或以下	\$40,386 或以下	\$42,206 或以下
4c. 居住於葵青區的失業人士(失業少於一年)							

註：申請人需於會面時遞交相關證明文件

(四) 申請及處理程序

- 由社會服務機構社工/醫務社工、衛生署/醫管局轄下的醫生/護士確認申請人符合申請資格後，填寫申請表格轉介。
- 申請人填妥及簽署申請表格後，由轉介機構傳真申請表、申請人過去三個月的收入/津貼證明、醫生轉介信/門診預約紙(如有需要)至 3619 1577 或電郵至 hia@hia.org.hk。
- 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提交。逾期補交，其申請將作棄權論。
- 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，並通知申請人。

(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」聯絡電話：3461 9827

基層在職家庭醫療費用資助轉介表

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	香港身份證號碼: ()	出生日期: / / (YYYY/MM/DD)	
聯絡電話: Whatsapp <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		住址:	
聯絡人: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他: _____			
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 <input type="checkbox"/> 其他:			
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 <input type="checkbox"/> 學生	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	
工作地區: <input type="checkbox"/> 葵青區 <input type="checkbox"/> 非葵青區			
申請人或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"/> 長者生活津貼 <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			
1. 姓名: _____ 職業: _____		2. 姓名: _____ 職業: _____	
3. 姓名: _____ 職業: _____		4. 姓名: _____ 職業: _____	
B. 18歲以下人數: _____人			
3. 申請人的家庭每月收入約(元):			
<input type="checkbox"/> 18,800 或以下		<input type="checkbox"/> 18,801– 24,950	
<input type="checkbox"/> 35,001-36,800		<input type="checkbox"/> 36,801– 40,386	
<input type="checkbox"/> 24,951– 31,350		<input type="checkbox"/> 31,351– 35,000	
<input type="checkbox"/> 40,387– 42,206		<input type="checkbox"/> 42,206 以上	
4. 申請人資助類別 (可申請多於一類):			
<input type="checkbox"/> 身體檢查或治療		<input type="checkbox"/> 購買醫療器材或處方藥物	
<input type="checkbox"/> 公營醫療機構的醫療開支		<input type="checkbox"/> 牙科檢查或治療 (只限65歲以下人士)	
<input type="checkbox"/> 精神健康相關的公營醫療機構開支			

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: _____