



# 兒童風濕病患者 醫療援助計劃

## 計劃詳情

- ❖ 申請資格：少青風協會會員
- ❖ 申請期限：由 2020 年 6 月開始接受申請至款項用罄
- ❖ 資助範圍及金額：

項目	資助範圍	每年資助 金額上限
1	資助診金及藥物費用	<b>\$3,000</b>
2	自費藥物	<b>\$9,500</b> (每次可資助 50%藥費)
3	應診的交通費用	<b>\$1,000</b>

- ❖ 申請辦法：  
請填妥申請表格連同有效的收據正本(以收據日期起的一個月內)及  
應診紙副本郵寄致少青風協會辦事處：  
九龍觀塘鯉魚門道 2 號新城工商中心 1113 室。  
申請表格可在本會網頁 [www.hkpra.org](http://www.hkpra.org) 之最新資訊下載，如有任何查詢，  
請致電：2346 3223 / 傳真：3020 6950 / 電郵：[info@hkpra.org](mailto:info@hkpra.org) 致本會行政主任。

### 備註

- 所有申請個案必須由本會的審核委員會批核或由少青風協會委員會的決議才作最終的撥款決定，唯申請人所提供之資料必須是真確無誤；
- 申請人填報的資料只用於少青風協會作是次申請之審批及統計之用途；
- 此計劃受惠於「愛心聖誕大行動 2019」所籌得的善款資助而推行，為有確切需要的會員提供資助，計劃有效期至款項用罄，請珍惜善款資源，切勿濫用。

接收日期：\_\_\_\_\_

檔案編號：\_\_\_\_\_

(由本會填寫)

## 「醫療援助計劃」 申請表格

### 1) 申請人資料

會員姓名：\_\_\_\_\_ 父/母/監護人姓名：\_\_\_\_\_

(如會員未滿18歲，請由父/母/監護人代為申請)

會員編號：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ 電郵：\_\_\_\_\_

### 2) 申請項目

申請項目	日期	申請金額(\$)	證明文件
1) 診金及藥物費用			<input type="checkbox"/> 醫療收據正本 <input type="checkbox"/> 覆診紙副本 <input type="checkbox"/> 交通費正本收據(如:的士) <input type="checkbox"/> 父母或監護人身份證、學校手冊/ 出生證明書(副本) (如申請人未 滿18歲) <input type="checkbox"/> 其他：_____
2) 自費藥物			
3) 交通費			
其他：			

本人授權少青風協會處理這份表格內的個人資料及其他資料，以作審核本申請、資料統計、分析及研究之用，而所填寫的各項資料純屬自願及均屬真實，假若資料有誤，有關申請將不獲少青風協會接納。另本人明白是次申請是否成功，由少青風協會作最終的決定。根據個人資料(私隱)條例，可書面向少青風協會要求查閱或更正本表格上的個人資料。

申請人簽署：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

#### [請選擇領取方法]

- 1) 本人親自或委託親友(姓名)：\_\_\_\_\_ 領取支票，簽收及日期：\_\_\_\_\_
- 2) 請將支票寄回申請人自備之回郵信封。

### 4) 批核結果(由本會填寫)

審批委員	總批核款項(\$)	支票號碼	協會蓋章	郵寄日期