



「智障人士牙科服務計劃」(又名為「護齒同行」)(下稱「本計劃」) 申請表格

注意：

1. 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，所有資料請以中文填寫。
2. 請在適當的方格「」內填上「」號。
3. 請勿使用塗改工具，如有填寫錯誤，請劃去錯誤部分，並須由申請人/第二部分人士在旁邊簽署確認。
4. 申請接受本計劃牙科服務的智障人士(下稱「申請人」)可自行申請，或由法定監護人、代理人(父母/祖父母/兄弟姊妹/配偶)或弱智人士服務單位填寫本申請表格第二部分，替申請人作出申請。
5. 法定監護人/代理人替申請人向非政府機構牙科診所(「牙科診所」)作出申請時，須一併出示本申請表格第三部分所列的所有證明文件。如法定監護人/代理人未能陪同申請人首次應診，請將填妥的申請表格及第三部分所列的所有證明文件正本(除非法定監護人或代理人未能親自陪同申請人應診，可提供香港身份證副本作核對)，交予陪同申請人首次應診者，向非政府機構牙科診所遞交。非政府機構牙科診所可拒絕資料不齊全的申請。

第一部分 申請人的個人資料(申請人須為 18 歲或以上智障人士)

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

性別：男 女 香港身份證號碼：_____ (_____)

出生日期：_____ (年) _____ (月) _____ (日) 聯絡電話號碼：_____

通訊地址：_____

- 申請「本計劃」人士：
 申請人本人
 監護委員會委任的法定監護人(請填寫第二部分(甲))
 代理人(請填寫第二部分(乙))
 弱智人士服務單位(請填寫第二部分(丙))

第二部分(甲) 法定監護人個人資料

申請人有由監護委員會委任的法定監護人：(法定監護人有權代表申請人同意接受本計劃下的牙科診療服務)

法定監護人中文姓名：_____ 法定監護人英文姓名：_____

香港身份證號碼：_____ (_____)

通訊地址：_____

聯絡電話號碼：_____ (家居或辦事處) _____ (手提電話)

電郵地址(如適用)：_____

第二部分(乙) 代理人個人資料

申請人沒有法定監護人，由下列人士代為作出申請：(下列人士無權代表申請人同意接受本計劃下的牙科診療服務)

- 父母 祖父母 兄弟姊妹 配偶

代理人中文姓名：_____ 代理人英文姓名：_____

性別：男 女 香港身份證號碼：_____ (_____)

出生日期：_____ (年) _____ (月) _____ (日)(代理人須為 18 歲或以上人士)

通訊地址：_____

聯絡電話號碼：_____ (家居或辦事處) _____ (手提電話)

電郵地址(如適用)：_____

第二部分 (丙) 弱智人士服務單位資料

(弱智人士服務單位無權代表申請人同意接受本計劃下的牙科診療服務)

現正接受服務的弱智人士服務單位名稱：_____

服務單位聯絡人：_____ 聯絡電話號碼：_____

服務單位地址：_____

電郵地址 (如適用)：_____

服務單位蓋印：_____

第三部分 申請人 / 法定監護人 / 代理人 / 弱智人士服務單位聲明及承諾

1. 本人已細閱及完全明白此申請表格附錄 (一)《接受智障人士牙科服務須知》，並同意其內容。
2. 本人已細閱此申請表格附錄 (二)《收集個人資料的聲明》，並完全明白其內容。
3. 本人聲明在此申請表格上填報的資料及就本計劃已／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，或以其他方式誤導衛生署，以圖取得本計劃的資助牙科服務，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計劃的資助，屬刑事罪行。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。

申請人／第二部
分人士簽署：_____

簽署人姓名
(正楷)：_____

簽署日期：_____

遞交申請表時，請向非政府機構牙科診所出示以下文件正本：

適用於所有申請人

- 已填妥第一至第三部分的申請表格；
- 申請人的香港身份證；
- 由勞工及福利局發出予申請人的殘疾人士登記證 (須清楚顯示殘疾類別為「智障」或「弱智」)；及
- 以下其中一項證明文件：
 - 由社會福利署發出附有申請人姓名的綜合社會保障援助受助人醫療費用豁免證明書；或
 - 申請人正接受社會福利署傷殘津貼之證明 (附註)；或
 - 由醫院管理局發出的醫療費用減免證明書。

附註：申請人正接受社會福利署傷殘津貼的證明，包括由社會福利署簽發附有申請人姓名的傷殘津貼申請獲准通知書，或附有申請人姓名、最近三個月經由銀行戶口每月存入正確金額的傷殘津貼的文件；如申請人並非該銀行戶口持有人，須附有該銀行戶口持有人自述書，解釋每月存入之金額為申請人的傷殘津貼。

適用於法定監護人或代理人

- 法定監護人或代理人的香港身份證 (如法定監護人或代理人未能親自陪同申請人應診，可提供香港身份證副本作核對)；及
- 由監護委員會發出的監護令 (適用於由監護委員會委任法定監護人申請「本計劃」的人士)；或
- 關係證明文件，例如申請人的出生證明文件、代理人與申請人的結婚證明文件、證明代理人與申請人關係的宣誓證明書或自述書 (適用於由代理人申請「本計劃」的人士)

第四部分 申請人的申請資格 (本部份由牙科診所填寫)

個案編號 (請致電衛生署索取):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

查閱申請表

申請表格的第一至第三部分已填妥。

查閱申請人身份證明文件正本

申請表格的第一部分與申請人的香港身份證資料符合。

查閱申請人受惠資格證明文件正本

1. 證明申請人為智障人士的文件：

由勞工及福利局發出的殘疾人士登記證 (須清楚顯示殘疾類別為「智障」或「弱智」)

2. 證明申請人屬於下列其中一個受惠資格組別的文件：

由社會福利署發出附有申請人姓名的綜合社會保障援助受助人醫療費用豁免證明書

檔案編號：_____

有效日期至：_____ (年) _____ (月) _____ (日)

由社會福利署簽發附有申請人姓名的傷殘津貼申請獲准通知書／附有申請人或戶口持有人姓名、最近三個月經由銀行戶口每月存入正確金額的傷殘津貼的證明文件，連同自述書解釋 (如申請人並非戶口持有人)

檔案編號：_____

有效日期至：_____ (年) _____ (月) _____ (日)

由醫院管理局發出的醫療費用減免證明書

檔案編號：_____

通知書發出日期：_____ (年) _____ (月) _____ (日)

查閱法定監護人 / 代理人證明文件正本 (如有陪同申請人到診) 或副本

申請表格的第二部分與法定監護人 / 代理人的香港身份證資料符合。

第二部分 (甲) 人士：法定監護人

查閱由監護委員會發出的人的監護令

監護令上的資料與表格申請人和監護人吻合

第二部分 (乙) 人士：代理人

以下其中一項關係證明：

申請人的出生證明文件；或

申請人與乙部人士的結婚證明文件；或

證明申請人與乙部人士關係宣誓證明書 (如未能出示上述關係證明)；或

自述書；或

其他：_____

申請資格結果：

第一部分申請人符合本計劃的申請資格。

第一部分申請人不符合本計劃的申請資格。

牙科診所職員姓名

牙科診所職員簽署

日期：_____ (年) _____ (月) _____ (日)

牙科診所印章

--

「智障人士牙科服務計劃」（又名為「護齒同行」）（下稱「本計劃」） - 附錄一

接受智障人士牙科服務須知

1. **衛生署「智障人士牙科服務計劃」（又名為「護齒同行」）（「本計劃」）：**

本計劃由衛生署向參與計劃的非政府機構提供資助，參與計劃的非政府機構牙科診所為符合資格的智障成年人士提供牙科服務。
2. **受惠資格：**
 - (a) 申請接受牙科服務智障人士（下稱「申請人」）必須為 18 歲或以上，並持有殘疾人士登記證（殘疾類別：「智障」或「弱智」）；
 - (b) 在申請本計劃時，申請人必須屬於以下其中一個受惠資格組別：
 - (i) 社會福利署綜合社會保障援助計劃受助人；
 - (ii) 社會福利署傷殘津貼受助人；或
 - (iii) 醫院管理局醫療費用減免受惠人。
3. **可以代表申請人申請本計劃之人士：**
 - (a) 監護委員會根據《精神健康條例》(香港法例第 136 章)委任為智障人士的法定監護人，而有關監護令賦予監護人有代表該智障人士同意接受治療之權力。法定監護人簽署申請表格的第三部分，即代表同意申請人接受本計劃提供的初步口腔檢查及制定口腔護理計劃。
 - (b) 如申請人沒有法定監護人，則可由父母/祖父母/兄弟姊妹/配偶填寫申請表格第二部分（乙），或由弱智人士服務單位填寫申請表格第二部分（丙），替申請人作出申請。申請表格第二部分（乙）及（丙）人士沒有權力同意申請人接受本計劃提供的初步口腔檢查，牙醫可根據《精神健康條例》(香港法例第 136 章) 第 4C 部分規定提供初步口腔檢查及制定口腔護理計劃。
 - (c) 如診所牙醫在檢查後，認為登記人需要接受進一步牙科治療，牙醫須根據《精神健康條例》(香港法例第 136 章) 第 4C 部分規定提供進一步牙科治療。
4. **填寫申請表格和遞交申請：**
 - (a) 申請人或申請表格第二部分人士必須填寫本申請表格的所有資料，並在表格上簽署。如申請人或申請表格第二部分人士未能提供所需資料，參與計劃的非政府機構牙科診所將無法處理有關申請。
 - (b) 每位申請人或申請表格第二部分人士只可代申請人遞交一份申請表格，並確保填寫的資料正確無訛。如重複遞交申請表格（包括向多於一間非政府機構牙科診所遞交）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。
5. **處理申請：**

申請人或申請表格第二部分人士簽署第三部分，即代表同意：

 - (a) 參與計劃的非政府機構牙科診所在處理申請時，查閱申請人所遞交的資料及其資格。有需要時，參與計劃的非政府機構和牙科診所會聯絡申請人或申請表格第二部分人士澄清或要求遞交補充資料，如資料不齊全或不符合資格，將不能獲得本計劃的資助牙科服務。
 - (b) 衛生署會抽查部分個案以進行審查，並在有需要時要求申請人或申請表格第二部分人士遞交補充資料以作核對，申請人或申請表格第二部分人士必須與衛生署充分合作，包括向衛生署提供本人及/或申請人的詳盡資料以作審查，否則衛生署有權取消申請人的申請資格。
 - (c) 經審查後，如發現個案的資料失實或存在其他問題，衛生署有權把個案轉交警務處跟進。
 - (d) 衛生署（包括其代理人／合作機構／參與計劃的非政府機構／牙科診所等）、協作私家醫院及香港特別行政區政府的有關政策局和部門會使用申請表格第二部分人士及/或申請人的資料，包括他們所持有關於申請表格第二部分人士及/或申請人的個人資料、申請表格第二部分人士及/或申請人在本申請表格上填報的資料及就本計劃已/可能遞交的其他資料，以處理申請人就本計劃的申請（包括確定申請人是否符合本計劃的資格）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／部門包括但不限於食物及衛生局、社會福利署，以及參與本計劃的行政及運作的其他相關政府辦事處。

- (e) 衛生署（包括其代理人／合作機構／參與計劃的非政府機構／牙科診所等）、協作私家醫院及香港特別行政區政府的有關政策局和部門使用申請表格第二部分人士及／或申請人的資料，進行任何與申請人就本計劃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申請表格第二部分人士及／或申請人的資料。
- (f) 牙科醫生拍攝申請人口腔部位的牙科治療過程，並知悉有關記錄只會作為病人治療記錄、牙科培訓之參考教材及診所為病人申請治療費用之用。

6. 服務資助詳情：

- (a) 在本計劃下，參與計劃的非政府機構牙科診所只會收取衛生署所發放的資助，而不會直接向申請表格第二部分人士及／或申請人收取任何費用。
- (b) 本計劃有提供陪診費津貼及交通費津貼，如申請人需要使用陪診及／或交通服務，於應診時由有關陪診服務單位或弱智人士服務單位提出申請及跟進。
- (c) 本計劃所提供的陪診費津貼及交通費津貼只屬補貼性質，並不一定可以全數支付實際使用的陪診費及交通費，申請人或申請表格第二部分人士需安排支付任何差額。
- (d) 於申請人最近一次應診後，申請人無論基於任何理由未能於三個月內應診，而申請人或申請表格第二部分人士未能於三個月內聯絡參與計劃的非政府機構牙科診所，該牙科診所所有權終止為申請人繼續提供牙科服務。
- (e) 參與計劃的非政府機構牙醫會盡力為申請人提供計劃下的服務，但申請人是否適合接受牙科服務，需視乎申請人的口腔及健康狀況，牙醫可以基於專業判斷或理由而拒絕為申請人提供牙科服務。
- (f) 每名申請人只能受惠於本計劃一次。

7. 查詢：

有關本計劃的詳情，請致電參與計劃的非政府機構牙科診所查詢。

牙科診所名稱	電話號碼	地址
基督教家庭服務中心 土瓜灣牙科診所	3590 9449	九龍樂民新村 G 座地下 144 舖
靈實余兆麒坑口診所	2706 0522	新界將軍澳培成里 8 號地下
盈愛無障牙科中心	2370 2669 5406 3928 (WhatsApp)	香港新界葵涌祖堯邨祖堯坊地下 E13-15 號舖
香港防癆會勞士施羅孚口腔衛生服務有限公司	3553 3535	香港灣仔皇后大道東 282 號鄧肇堅醫院社區日間醫療中心 5 樓
東華三院何玉清社區牙科診所	2581 0221	香港上環蘇杭街 95 號東利商業大廈 8 樓

「智障人士牙科服務計劃」(又名為「護齒同行」)(下稱「本計劃」) - 附錄二 收集個人資料的聲明

收集資料的目的

- 參與計劃的非政府機構牙科診所，會使用本計劃所收集的任何個人及醫療資料（下稱「資料」）作下列或其他相關的用途：
 - (a) 在本計劃下辦理代申請接受牙科服務智障人士(下稱「申請人」)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所述的程序，並在有需要時與申請人或申請表格第二部分人士聯絡；
 - (b) 診治跟進及用作醫療記錄；
 - (c) 在查詢或投訴個案中便利溝通或跟進；及
 - (d) 按法律規定、授權或作許可的用途。
 - 參與計劃的非政府機構牙科診所，會將資料轉移至衛生署，以申領本計劃下之資助。而衛生署可能會使用資料作下列或其他相關的用途：
 - (a) 與相關政府部門（包括但不限於社會福利署）持有的資料核對，以確定申請人是否符合本計劃的資格；
 - (b) 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智障人士身份的形式發表；
 - (c) 在查詢或投訴個案中便利溝通或跟進；及
 - (d) 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，但申請人或申請表格第二部分人士如未能提供足夠和正確的資料，參與計劃的非政府機構牙科診所可能無法處理申請人的申請，而最終取消申請人的申請資格。

資料可能移轉予的人士類別

3. 衛生署及／或其代理人／合作機構（包括但不限於參與計劃的非政府機構／牙科診所／協作私家醫院）或會向相關的政府政策局／部門轉交申請表格第二部分人士及申請人的資料，包括但不限於食物及衛生局、社會福利署及資料的其他承轉人或本申請表格第二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，申請人或申請表格第二部分人士有權要求查閱及改正未被刪除的資料，或索取申請人或申請表格第二部分人士的個人資料的複本，但參與計劃的非政府機構牙科診所所有可能向申請人或申請表格第二部分人士收取有關費用。
5. 如申請人或申請表格第二部分人士希望查閱本人及／或申請人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，請向有關的非政府機構牙科診所提出。