



**朗程牽自閉症人士支援中心  
服務申請表格**

已知悉工作人員將會以口頭方式獲取個人資料

**請留意是否符合以下申請資格：**

<input type="checkbox"/>	年滿 15 歲		
<input type="checkbox"/>	自閉症評估報告	評估結果：_____	評估年份：_____ 評估機構：_____
<input type="checkbox"/>	智力評估報告	評估結果：_____ (必須達 70 或以上)	評估年份：_____ 評估機構：_____
<input type="checkbox"/>	沒有接受其他自閉症人士支援中心的服務		

**\*相關報告必須於一個月內提交，本中心才會正式替服務申請人輪候**

申請人姓名：\_\_\_\_\_ (中文) 性別：男 / 女  
 \_\_\_\_\_ (英文)

出生日期：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_ 電郵：\_\_\_\_\_

手提電話：\_\_\_\_\_ WhatsApp 住宅電話：\_\_\_\_\_

住址：\_\_\_\_\_

家長/照顧者姓名：\_\_\_\_\_ 關係：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ WhatsApp

居住狀況： 與家人同住 自行居住 於宿舍居住 其他：\_\_\_\_\_

家庭成員及關係：\_\_\_\_\_

家庭收入： CSSA <\$ 20,000 \$ 20,001 - \$ 40,000 >\$ 40,000

教育/職業訓練資料：

日期	機構/院校	學歷/資格/班別
由 至		
由 至		

就業經驗： 否 有 (行業：\_\_\_\_\_ 年資：\_\_\_\_\_)

情緒/精神困擾： 抑鬱症 焦慮症 強迫症 ADHD 讀寫障礙 腦癇症  
 (若家庭成員有相關狀況，以 "\*" 標註)  
其他 \_\_\_\_\_

跟進/覆診： 否 有；機構：\_\_\_\_\_ 間距：\_\_\_\_\_

曾經/現正接受的治療或訓練：  
否 精神科藥物 其他藥物 \_\_\_\_\_  
心理治療 社交訓練 其他 \_\_\_\_\_

## 二·其他資料

請註明：

表徵問題：

<input type="checkbox"/> 社交	
<input type="checkbox"/> 情緒/行為	
	<input type="checkbox"/> 暴力有關的經驗
	<input type="checkbox"/> 曾傷害自己
<input type="checkbox"/> 就業	
<input type="checkbox"/> 家庭	

感官敏感： 聲音  嗅覺  觸覺  其他： \_\_\_\_\_

知悉服務的渠道：

醫院/其他專業服務單位  新生會單位  朋友介紹  媒體/網頁  非政府機構  其他： \_\_\_\_\_

中心經理簽署： \_\_\_\_\_ 分派日期： \_\_\_\_\_ 個案經理： \_\_\_\_\_ 聯絡日期： \_\_\_\_\_

跟進日期	細節	負責同事