

## 香港青年協會

### 「青少年全健精神科資助計劃」

#### 轉介同意書

本人\_\_\_\_\_ (申請人姓名)，身份證號碼(頭4位數字)\_\_\_\_\_，現同意及授權香港青年協會(青協)索取有關本人的個人資料，以向本人提供所需要的適當援助或服務。

本人明白有關本人的個人資料，會供青協在工作上需要知道該等資料的職員使用。除此之外，青協職員在需要時亦會向下列有關方面或在下列情況披露該等資料：

- (a) 其他涉及評定本人的申請，或向本人提供服務/援助的有關方面，例如政府決策局/部門、非政府機構及公用事業公司；或
- (b) 本人曾同意向其披露資料的有關方面。

本人已清楚明白資助計劃只會資助本人上限四次的診症費用，本人須自行繳付每次港幣200元之診症費用及相關藥費。

本人已清楚明白完成四次診症後，如欲繼續接受相關協作精神科醫生的診治，須自行繳付全部費用，香港青年協會將不再資助相關費用。

本人謹此聲明，所呈報之資料均屬真確及並無遺漏，否則本人必須將獲批款項悉數退還予青協「青少年全健精神科資助計劃」，青協亦有權拒絕本人日後之申請。

申請人簽名	:	_____	監護人簽名*	:	_____
申請人姓名	:	_____	監護人姓名*	:	_____
日期	:	_____	日期	:	_____

\*未滿18歲之申請人須有監護人簽名作實