

香港青年協會
「青少年全健中醫資助計劃」
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，會供青協在工作上有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六次的診症費用及藥費。
- 本人已清楚明白完成六次診症後，如欲繼續接受相關協作中醫的診治，須自行繳付全部費用，或向香港青年協會申請續期，續期成功與否由香港青年協會審批並作出最後決定。

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「青少年全健中醫資助計劃」，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