

二零一四年十二月三日
葵青區議會
社區健康服務工作小組
第二次會議(二零一四年)

白內障手術資助計劃申請安排

目的

本文件旨在向委員簡介白內障手術資助計劃申請安排之執行建議，並諮詢委員意見。

背景

2. 於二零一四年八月二十二日舉行的社區健康服務工作小組第一次會議中，委員已通過採用先到先得的方式分配白內障手術資助計劃的名額。

3. 有關白內障手術資助計劃申請事宜及相關行政工作（包括審核住址證明及批核申請、發放資助、處理付款收據和相關記帳工作）均會由葵青安全社區及健康城市協會(下稱「協會」)負責。協會已就具體執行細節提交建議。有關申請安排現概述於下文第 4 至 5 段，以供委員考慮。

申請安排

4. 協會現建議於 2015 年 1 月 1 日起開始接受申請。為促使上述計劃能有效、適時地推展，協會在與葵青民政事務處商討有關執行細節後，已草擬有關〈申請表格〉及〈申請須知〉（詳見附件一及附件二）。

5. 另外，為善用是次項目的撥款，鼓勵有需要的長者盡快進行白內障手術以改善視力，協會亦訂立申請安排及準則，詳情如下：

- (i) 由2015年1月1日起，全年均接受申請，450個資助名額以先到先得的方式分配。優先次序以協會收妥申請表格及核實有關證明文件的時間為準。
- (ii) 居住地址及年齡均以遞交申請表當日為準。於遞交服務申請表格時，申請人必須已年滿60年歲，並附上最近兩個月發出的居住地址證明副本（須載有申請人姓名），如：電費單、差餉單、銀行月結單、選民登記通知書及公屋租約等。
- (iii) 綜合社會保障援助的現有受助人不符合此項資助的申請資格。
- (iv) 符合申請資格的人士，必須在進行白內障手術前遞交申請表。於遞交申請表格時已接受手術的人士不合乎此計劃的申請資格（即使有關人士仍然持有有效之耀眼行動(白內障手術計劃)登記通知），有關申請將不受理。
- (v) 協會將於接獲申請表格的十個工作天內聯絡申請人預約時間，到協會核實資格。
- (vi) 申請人須於完成白內障手術後的六個月內，致電協會預約時間領取資助，逾期則不會獲發資助。
- (vii) 此項資助將於社區重點項目（即225萬元）完結後，隨即停止。

6. 就上文第 4 至 5 段的安排，協會將於半年後再作出檢討。如有需要會建議作出相應的調整。

徵詢意見

7. 請各委員對上述建議提供意見。葵青民政事務處整合委員意見後，將與協會進一步洽商及落實有關執行細節。

社區健康服務工作小組秘書處

二零一四年十一月



乙部. 申請人聲明

本人謹此聲明 -

1. 本人不是綜合社會保障的現有受助人
2. 本人在本表格內所填報的資料，均屬真確無訛。本人明白蓄意隱瞞、漏報或虛報資料，以圖令本人取得本項目的服務或資助，可能屬刑事行為。除會導致本人喪失申請資格外，本人更可能因觸犯罪條例(香港法例第 210 章)而被起訴。

申請人/監護人簽署: _____ 日期: _____
(如不會讀寫，請印下指模)

如申請人精神上有行為能力但不會讀寫，才須填寫此欄
本人見證這份表格已在申請人面前朗讀及解釋

見證人簽署: _____
見證人姓名: _____
香港身份證號碼: _____
日期: _____

如申請人是精神上無行為能力人士，才須填寫此欄

監護人簽署: _____
監護人姓名: _____
香港身份證號碼: _____
日期: _____

收集個人資料聲明

根據《個人資料(私隱)條例》，在本表格所填寫的個人資料，只會用作處理葵青區議會社區重點項目之相關事宜，包括核實申請人身份、統計及服務意見調查，亦只限授權人員方可查閱有關資料作前述目的之用。申請人如欲獲得或更改其個人資料，請致電聯絡葵青安全社區及健康城市協會，電話:2370 1466。



社區重點項目(葵青區) — 加強社區健康服務

「耀眼行動」白內障手術資助計劃

〈申請須知〉

目的

配合醫院管理局「耀眼行動」計劃，鼓勵納入計劃的葵青區居民，能盡快進行白內障手術以改善視力。

申請資格

1. 已接獲醫院管理局通知，被納入「耀眼行動」計劃;
2. 年滿 60 歲現居住於葵青區的人士(綜合社會保障援助的現有受助人除外);及
3. 在遞交申請前仍未進行白內障手術。

資助額

符合上述資格的人士，在完成手術後，除「耀眼行動」計劃的資助外，可獲得本會額外資助港幣 5000 元正或補貼手術費餘額(扣除醫管局的資助)，以金額較少為準。

申請程序

1. 符合申請資格的人士，必須在進行白內障手術前遞交申請表。
2. 申請人須把填妥的申請表(連同耀眼行動(白內障手術計劃) — 登記通知及載有申請人姓名的居住地址證明副本)親身遞交或郵寄致：

新界葵涌荔景邨仰景樓 7-10 號地下葵青安全社區及健康城市協會

3. 本會將於接獲申請表的十個工作天內，聯絡申請人預約時間，到本會核實資格，及發予〈資助證明〉。[\[見附錄一\]](#)
4. 在上述第 3 項的指定時間，申請人須帶同醫院管理局「耀眼行動」計劃登記通知之正本及身分證，以核實申請資格。
5. 在確認申請人是否符合申請資格後，本會將發出一份〈資助證明〉。
6. 申請人須於完成白內障手術後的六個月內，致電本會預約時間領取資助。逾期則不獲資助。
7. 在上述第 6 項的指定時間，申請人須帶同醫生或診所手術費收據正本，連同本會發出〈資助證明〉，親臨或授權親屬/代辦人到本會領取現金支票及簽署〈領取資助証〉。[\[見附錄二\]](#)

本會地址、電話、傳真及查詢電話

葵青安全社區及健康城市協會

地址: 新界葵涌荔景邨仰景樓地下 7-10 號

查詢電話: 8118 2299

電話: 2370 1466

傳真: 2370 1027



葵青安全社區及健康城市協會
Kwai Tsing Safe Community and Healthy City Association



社區健康服務文件第 5/2014 號

附件二 附錄一

社區重點項目(葵青區) — 加強社區健康服務

耀眼行動(白內障手術計劃)

〈資助證明〉

茲證明 _____ 先生/女士，現居於 _____
_____ (地址)

已確認登記為醫院管理局耀眼行動(白內障手術計劃)的使用者。

_____ 先生/女士，在完成白內障手術後，除「耀眼行動」計劃的資助外，本會額外補貼手術費餘額(扣除醫管局「耀眼行動」資助額)，以最多 5000 元正為上限。

申請人須帶同醫生或診所手術費收據正本，及此份證明書，在手術後六個月內，親臨或授權親屬/代辦人到本會領取資助。逾期申請領取資助將不獲處理。

葵青安全社區及健康城市協會
授權代表簽署

姓名

日期



社區重點項目(葵青區) — 加強社區健康服務

耀眼行動(白內障手術計劃)

〈領取資助証〉

_____ (姓名) 已於 _____ 年 _____ 月 _____ 日完成白內障手術(附醫生或診所手術費收據正本)。

本人 _____ (姓名) / 本人 _____ (姓名) 獲 _____ (姓名) 授權於 _____ 年 _____ 月 _____ 日，領取葵青安全社區及健康城市協會發出港幣 _____ 元正現金支票，作為社區重點項目(葵青區) — 加強社區健康服務 - 耀眼行動(白內障手術計劃)資助。

經辦人：_____

*受助人或授權人簽署

葵青安全社區及健康城市協會
授權代表簽署

*受助人或授權人姓名
(身份證號碼: _____)

姓名

日期

日期