



"SILVER GO" SERVICE LIMITED

銀樂通服務有限公司

稅務條例第88條認可的慈善機構

個案服務轉介表

Tel : 3494 6096 / 6636 0805 Email : info@hksilvergo.org.hk

地址 : 紅磡黃埔蕪湖街53-59號金輝行8樓04室

1. 先人資料 :

姓名 : _____ 出生日期 (年齡) : _____ 性別 : 男 / 女 / 其他 : _____

身份証號碼 : _____ 婚姻狀況 : 單身 / 已婚 / 離婚 / 褒偶 ; _____ 子 / _____ 女

居住地址 : _____

宗教 : 基督教 天主教 道教 佛教 無宗教 其他 : _____

死亡日期 : _____ 死亡地點 : _____ 先人遺體存放地點 : _____

死亡原因 : 病故(長期病) 病故(急病或猝死) 自殺 不明

意外 (工業 / 交通 / 家居 / 火災 / 遇溺 / 其他, 請註明 : _____)

先人經濟狀況 : 緊援人士 非緊援人士

(如適用) 緊援檔案編號 : _____ 負責職員 : _____ 電話 : _____

2. 申請人(先人親友)資料^{註1} :

(無親友個案^{註2})

聯絡人	親友姓名	性別	與先人關係	年齡	聯絡電話	地址
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

3. 申請服務類別 : (請在適當的方格上)

殯儀諮詢及轉介 治喪陪伴 情緒支援 其他 : _____

個案概況 (例如家庭背景、經濟狀況、親友情緒、申請原因等) :

4. 轉介人資料 :

轉介單位 : _____ 轉介人姓名 : _____

職位 : _____ 聯絡電話 : _____ 傳真 : _____

轉介人簽署 : _____ 轉介日期 : _____

- | | |
|---|---|
| 1) 轉介人是否已取得申請人(先人親友)同意, 將個案轉介至銀樂通服務有限公司及指定的長生店? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2) 如個案由 <u>社工作為服務申請人</u> , 社工是否同意將個案資料提交作服務跟進用途? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3) 如申請本服務之 <u>殯儀轉介</u> , 是否已提醒申請人 <u>請勿把殯葬文件交予其他長生店</u> ? | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

5. 申請人的現狀：

*如有需要填寫多於一位申請人的狀況，請自行複印本部分。

申請人姓名：_____

與先人關係：

疏離 一般 親密 紛糾 其他：_____

哀傷反應：

- | | | | | |
|-----------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 抑鬱 | <input type="checkbox"/> 焦慮 | <input type="checkbox"/> 內疚 | <input type="checkbox"/> 憤怒 | <input type="checkbox"/> 震驚麻木 |
| <input type="checkbox"/> 壓抑 | <input type="checkbox"/> 否認 | <input type="checkbox"/> 哭泣 | <input type="checkbox"/> 疲倦 | <input type="checkbox"/> 食慾不振 |
| <input type="checkbox"/> 坐立不安 | <input type="checkbox"/> 睡眠困擾 | <input type="checkbox"/> 社交退縮 | <input type="checkbox"/> 身心徵狀 | <input type="checkbox"/> 增加成癮行為 |
| <input type="checkbox"/> 感到逝者在身旁 | <input type="checkbox"/> 不由自主地回想逝者或創傷事件的經驗 | | | <input type="checkbox"/> 生活功能衰退(起居/工作/學業等方面) |
| <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | |

其他困擾：

- | | | | | |
|--|-------------------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 家庭問題 | <input type="checkbox"/> 經濟壓力 | <input type="checkbox"/> 住屋問題 | <input type="checkbox"/> 照顧壓力 | <input type="checkbox"/> 長期病患 |
| <input type="checkbox"/> 獨居長者 | <input type="checkbox"/> 新移民 | <input type="checkbox"/> 成癮問題(請註明): _____ | | |
| <input type="checkbox"/> 其他(請註明)：_____ | | | | |

申請人是否殘疾人士？ 是 否 不確定

*請註明殘疾情況(如適用)： 肢體傷殘 / 器官傷殘 精神病患 認知障礙

申請人有否出現幻覺、妄想等精神狀況？ 是 否 不確定

申請人有否出現自我傷害 / 自殺念頭？ 是 否 不確定

申請人有否出現暴力 / 傷害他人行為？ 是 否 不確定

支援網絡：

1. 家庭及社區的支援：

家人 親戚 朋友 鄰舍 教會 學校 其他：_____ 不確定