

香港聾人福利促進會
家長資源中心/約翰賽斯中心家長函授課程

此欄只供本中心填寫 PRC No.:
JTCCC No.:

會員申請表

新會員

續會會員

(一) 申請人(家長)數據

1. 一般資料

姓名:(中文) _____ 先生/女士/小姐(英文) _____ *Mr./Mrs./Miss

與聽障兒童關係: _____

婚姻狀況: 已婚 未婚 失配 離婚 其他(請註明): _____

職業: _____ 最高教育程度: _____ 有否領取綜援: 有 沒有

聯絡地址: _____

住所電話: _____ 辦公室電話: _____

傳真號碼: _____ 緊急聯絡電話: _____

配偶聯絡電話: _____ 電郵地址: _____

2. 同住家庭成員資料

姓名	*聽覺狀況	與聽障兒童的關係	職業	最高教育程度	#出生日期
1. (申請人)	聽障/健聽				
2. (聽障兒童)	聽障	/			
3. (配偶)	聽障/健聽				
4.	聽障/健聽				
5.	聽障/健聽				
6.	聽障/健聽				

*十八歲或以上的人士,可自由填寫。

(二) 聽障兒童資料

1. 一般資料

姓名:(中文) _____ (英文) _____ 性別: _____

出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日 出生地點: _____ 本會會員編號: _____

(續背頁)

2. 正接受的服務 (請在適當的括弧內加上“√”號)

- 香港聾人福利促進會屬下之特殊幼兒中心 * (尚德幼兒中心/白普理特殊幼兒中心)
- 教統局特殊教育組之服務 * (下葵涌/九龍塘)
- 早期教育及訓練中心 *本會/其他 (請註明中心名稱): _____
- 宣美聾童訓練中心 * (早期訓練服務/幼稚園) 年級: _____
- 混合位幼兒中心 中心名稱: _____ 年級: _____
- 特殊幼兒中心/學校 學校名稱: _____ 年級: _____
- 普通幼稚園/學校 學校名稱: _____ 年級: _____
- 其他 (請註明): _____ 未有接受上述任何服務

3. 配戴: (在適當的括弧內加上“√”號)

- 助聽器 * (左耳 / 右耳 / 雙耳) 人工耳蝸 其他: _____

4. 有否其他弱能: 有, 請列明: _____ 否

5. 有否聽障的親屬: 有, 請註明: _____ 否

(三) 其他

1. 是否願意修讀*函授課程: 是 否 * (此乃一個教導家長如何在家中教導其聽障兒童的課程, 須另外收費)
擬參加組別: 嬰兒組 (0-2 歲) 幼童組 (2-6 歲) (會稍後有職員再與您聯絡)

2. 您是從甚麼媒介得知這項服務的?

- 學校/機構介紹 *本會其他單位/教統局/衛生署/其他 (請註明): _____
- 朋友介紹 朋友姓名: _____
- 瀏覽互聯網
- 其他 (請註明): _____

3. 是否願意收取本中心通訊《聆風》? 願意 不願意

* 請刪去不適用者

申請人簽署: _____

填表日期: _____年__月__日

《有關保障個人資料 (私隱) 之條例已生效, 以上資料只作本會記錄及通訊之用, 未經閣下同意, 不會作其他用途。日後上述資料有任何變更, 請聯絡本中心職員。》

本中心地址: 新界將軍澳尚德邨尚美樓地下 B 室 電話: 2178 0838 傳真: 2178 0660
電郵地址: parents@deaf.org.hk