

Chinese Community Social Services Center Inc.
Home and Community Care Program Application Form
華人社區服務中心 - 社區關懷服務申請表

PERSONAL DETAILS 個人資料

Name 姓名 (Chinese 中文) : _____

(English 英文) : _____

Gender 性別 : Male 男 Female 女

Date of Birth 出生日期 : _____ Age 年齡 : _____

Australia Citizen 澳洲公民 Permanent Resident 永久性居民

Marital Status : Married Single Divorced Widow
婚姻狀況 : 已婚 未婚 離婚 喪偶

Address 地址 : _____

Postcode 郵區編號 : _____

Home No. 住宅號碼 : _____ Mobile No. 手提號碼 : _____

Work No. 工作號碼 : _____ Fax No. 傳真號碼 : _____

Country of Birth 出生地方 : China 中國 Taiwan 台灣
 Hong Kong 香港 Vietnam 越南
 Singapore 星加坡 Malaysia 馬來西亞
 Indonesia 印尼 Others 其它 _____

Year Arrived in Australia 抵達澳洲年份 : _____

Languages and Dialects Spoken 能操語言及方言

Cantonese 粵語 Mandarin 國語 Teochew 潮州語
 English 英語 Hokkien 福建語 Shanghainese 上海語
 Hakka 客家語 Others 其它 : _____

OFFICE USE ONLY 中心專用 Date Received: _____

I.C. Conducted By: _____

Religion 宗教

- Buddhist 佛教 Catholic 天主教 Christian 基督教
 No religion 沒有信仰 Others 其它： _____

Employment Status 工作狀況

- Employed/Self-Employed 在職/自僱 Unemployed 待業
 Retired for Disability 退休 (因為殘疾) Retired 退休
 Home Duties 照顧家庭 Others 其它： _____

Hobbies 嗜好

- Computer 電腦 Crafts 手工藝 Gardening 園藝
 Reading 閱讀 Singing 唱歌 Sports 運動
 Others 其它： _____

Government Pensioner/Benefit Status 社會福利資料

- Aged Pension 長者津貼金
 Carer Payment (Pension) 照顧者津貼金
 Disability Support Pension 傷殘津貼金
 Veterans Pension 退伍軍人津貼金
 Unemployment-related Benefits 失業有關津貼金
 Other Government Benefits 其它政府津貼金
 No Government Benefits 沒有領取任何政府津貼金

Card No. 福利咭號碼： _____ Expiry Date 有效日期： _____

Do you have a DVA Card 是否有領取退伍軍人咭? Yes 有 No 沒有

If yes, please state Card No. 退伍軍人咭號碼： _____

Medicare No. 政府醫療號碼： _____

Health Care Card 健康咭號碼： _____

Expiry Date 有效日期： _____

Multi-Purpose Taxi Program Card 的士/計程車半價咭號碼： _____

Expiry Date 有效日期： _____

Others 其它： _____

Private Health Insurance 私人醫療保險

Insurance Co 保險公司名稱： _____

Member/Card No. 保險咭號碼： _____

Expiry Date 有效日期： _____

Accommodation 房屋種類

- Private residence – owned/purchasing 私人住宅 – 自置
- Private residence – private rental 私人住宅 – 私人租賃
- Private residence – public rental 私人住宅 – 公共租賃
- Private residence – mobile home 私人住宅 – 臨時房子
- Independent living unit (Retirement Village) – 獨居單位 (退休村)
- Boarding house/Hostel 宿舍
- Short term crisis/Transitional accommodation facility 臨時住宿
- Supported accommodation facility 照顧服務住宿
- Residential aged care facility 長者住宿
- Mental health care facility 精神健康住宿
- Temporary shelter 庇護所
- Other 其它： _____

Living Arrangements 居住狀況

- Alone 獨居
- Family 家人
- Lives with Others 與其它人居住

CARER PROFILE 照顧者資料

Does the applicant have a carer 申請人有沒有照顧者? Yes 有 No 沒有
Carer Residency Status 照顧者居住狀況： Co-resident carer 和申請人同住
 Non-resident carer 和申請人不同住

Carer for more than one person 照顧者有沒有照顧其它人? Yes 有 No 沒有

Carer's Chinese Name 照顧者中文姓名： _____

Carer's English Name 照顧者英文姓名： _____

Gender 性別： Male 男 Female 女

Date of Birth 出生日期： _____ Age 年齡： _____

Country of Birth 出生地方： China 中國 Taiwan 台灣
 Hong Kong 香港 Vietnam 越南
 Singapore 星加坡 Malaysia 馬來西亞
 Indonesia 印尼 Others 其它 _____

Main Language Spoken at Home 家居使用語言

- Cantonese 粵語
- Mandarin 國語
- To Chew 潮州語
- English 英語
- Hokkien 福建語
- Shanghainese 上海語
- Hakka 客家語
- Others 其它： _____

Indigenous Status 澳洲原居民身份

- Aboriginal but not Torres Strait Islander origin
 Torres Strait Islander but not Aboriginal origin
 Both Aboriginal and Torres Strait Islander origin
 Neither Aboriginal nor Torres Strait Islander origin

Relationship of Carer to Applicant 照顧者和申請人的關係

- Wife/Female partner 妻子 Husband/Male partner 丈夫
 Mother 母親 Father 父親
 Daughter 女兒 Son 兒子
 Daughter-in-law 兒媳 Son-in-law 女婿
 Other female relative 其它女親屬 Other male relative 其它男親屬
 Friend/Neighbor - Female 朋友/鄰居 - 女性
 Friend/Neighbor - Male 朋友/鄰居 - 男性

Details of Persons Living in Same Household

和申請人一起居住者的資料

Chinese Name 中文姓名	English Name 英文姓名	Relationship 關係	Age 年齡	Occupation 職業

Family Members Living Separately in Victoria

在維省其它地方居住的家庭成員

Chinese Name 中文姓名	English Name 英文姓名	Relationship 關係	Age 年齡	Occupation 職業

HEALTH CONDITIONS 健康狀況On Regular Treatment 是否定期診治? Yes 是 No 否

If Yes, please specify 若是，請註明: _____

Name of Family Doctor 家庭醫生姓名: _____

Address 地址: _____

_____ Postcode 郵區編號: _____

Tel No. 電話號碼: _____ Fax No. 傳真號碼: _____

Any Allergies? 對藥物有敏感嗎?

Yes 有, please specify 請註明: _____

No 沒有

If disabilities, please give details 如身體殘疾, 請註明: _____

Mobility 活動能力

Mobile 行動方便

Need Aids 需要輔助

Wheelchair 要坐輪椅

Medication Currently Prescribed 現時進食之藥物

Mental Condition 精神健康狀況

Confused 迷糊

Alert 清醒

Blurred 說話不清

Normal 正常

Memory Loss, Dementia 失憶、老人痴呆

Normal 正常

Personal Care 個人衛生

Feeding 進食能力: Self 自理

Need Assistance 需要幫助

Toileting 如廁能力: Continent 自制

Incontinent 不能自制 (失禁)

Self 自理

Need Assistance 需要幫助

FINANCIAL & LEGAL STATUS 財務及法律事務

Can the applicant make own decision? 申請人可否作出個人決定?

Yes 可以 No 不可以, who makes the applicant's legal and financial decision

由誰代申請人作出法律及財務上決定: _____

Power of Attorney 合法代理權

Does the applicant have a power of attorney 申請人有授予以下代理權?

General (Enduring) 一般代理權 (持續)

Financial (Enduring) 財務代理權 (持續)

Medical Treatment (Enduring) 拒絕治療代理權 (持續)

Guardianship (Enduring) 管理代理權 (持續)

Emergency Contacts 緊急聯絡資料

Chinese Name 中文姓名	English Name 英文姓名	Relationship 關係	Address 地址	Tel No. 電話號碼
聯絡人 1				
聯絡人 2				

SOCIAL ASPECTS 社區關係

Social Contact 其它社區聯繫：_____

Council Services 市政府服務：_____

Other Services 其它服務：_____

REFERRAL SOURCE 轉介資料

Source of Referral 你如何知道華人社區服務中心？

- Self 自己
 Family, friends 家人，朋友
 General Practitioner 家庭醫生
 Specialist aged or disability assessment team/service (e.g. ACAT) 長者特殊或殘疾服務
 Local Council 市政府
 Community nursing service 社區護士服務
 Hospital (public) 公共醫院
 Hospital (private) 私家醫院
 Carelink centre 社會福利處
 Psychiatric/mental health service 心理精神健康服務
 Extended care/rehabilitation facility 復康機構
 Palliative care facility 寧養服務
 Other 其它：_____

Contact Person of Referral 介紹人姓名：_____

Name of Organization 機構名稱：_____

Tel No. 電話號碼：_____

SERVICES APPLIED FOR 申請的服務

- Planned Activity Group (High /Core) 長者日間照顧/活動中心
- Visitation for the Aged (Friendly Visit Services) 高齡人仕探訪服務 (友善探訪服務)

Why is the applicant seeking this service 為甚麼申請人需要這些服務?

This form was completed by這份表格是：

- The applicant 由申請人填寫
- Others, please specify 其它人仕填寫，請註明：_____

Applicant's Signature 申請人簽名

Date 日期

Please send this application form to 請寄回此申請表往：

Chinese Community Social Services Centre Inc.
Suite 19, level 2, Professional Suites, Box Hill Central
17 Market Street
Box Hill
Vic 3128