



**香港弱智人士家長聯會**  
**The Hong Kong Joint Council of Parents of the Mentally Handicapped**  
**入會申請表 Application Form**

姓名 (中) Name (Eng)	(中) (Eng)	性別 Gender	出生日期 Date of Birth (DD/MM/YYYY)
地址 Address			推薦人 Referee
聯絡 Contact	手提 Mobile _____	辦公室 Office _____	
	住宅 Res. _____	電郵 E-mail _____	
教育程度 Educational Level			
<input type="checkbox"/> 小學以下 Primary or below	<input type="checkbox"/> 小學程度 Primary	<input type="checkbox"/> 初中程度 Lower Secondary	
<input type="checkbox"/> 高中程度 Higher Secondary	<input type="checkbox"/> 大專或以上 Tertiary or above	<input type="checkbox"/> 其他 Other _____	
是 / 否領取綜合援助 其他援助 _____ Recipient of CSSA Scheme : Y / N Other Assistance: _____		職業 Occupation _____	
家庭狀況 Family status			
<input type="checkbox"/> 已婚 Married	<input type="checkbox"/> 單身 Single	<input type="checkbox"/> 獨居 Solitude	
<input type="checkbox"/> 與子女同住(子女人數 : _____ ) Living with _____ children	<input type="checkbox"/> 其他: Other: _____		
本人有興趣以下範疇服務/資訊 I am interested in the following categories of service/information :			
<input type="checkbox"/> 家長培訓/活動 Parents training/activity	<input type="checkbox"/> 家長聯繫與支援, 例如: 地區小組及節日禮品 Parents support , e.g local group and festival gifts		
<input type="checkbox"/> 智障人士培訓/活動 Intellectual disabled training/activity	<input type="checkbox"/> 智障人士福利及權益 Rights and interests of intellectual disabled		

**有關智障親屬之資料(如適用)**

**Information of intellectual disabled relatives (if applicable):**

姓名 (中) Name (Eng)	(中) (Eng)	性別 Gender	出生日期 Date of Birth (DD/MM/YYYY)
智障程度 Level of Intellectual Disability		其他殘疾 Other Disabilities	
<input type="checkbox"/> 極度嚴重 Profound	<input type="checkbox"/> 嚴重 Severe	<input type="checkbox"/> 肢體傷殘 Physically Handicapped	<input type="checkbox"/> 自閉症 Autism
<input type="checkbox"/> 中度 Moderate	<input type="checkbox"/> 輕度 Mild	<input type="checkbox"/> 過度活躍症 Hyperactivity	<input type="checkbox"/> 腦癇症 Epilepsy
與申請人之關係 Relationship		該智障親屬領取津貼類別	
<input type="checkbox"/> 子 Son	<input type="checkbox"/> 女 Daughter	<input type="checkbox"/> 兄 Older brother	Recipient (For intellectual disabled relative) of
<input type="checkbox"/> 弟 Younger brother	<input type="checkbox"/> 姊 Older sister	<input type="checkbox"/> 妹 Younger sister	<input type="checkbox"/> 傷殘津貼 Disability Allowance
<input type="checkbox"/> 其他(Other): _____		<input type="checkbox"/> 綜合援助 CSSA	<input type="checkbox"/> 其他 Other
現時接受之服務及單位(請註明) Employment/Training status (Please specify)			
<input type="checkbox"/> 特殊學校 Special School _____	<input type="checkbox"/> 庇護工場 Sheltered Workshop _____		
<input type="checkbox"/> 展能中心 Day Activity Centre _____	<input type="checkbox"/> 宿舍 Hostel _____		
<input type="checkbox"/> 公開就業 Open Employment _____	<input type="checkbox"/> 輪候中 Waiting for Services _____		
<input type="checkbox"/> 其他 Other _____			

## 會費

永久會員 Life Membership	一般人士 General Applicant	港幣 HK\$500 <input type="checkbox"/>
	領取綜合社會保障援助(綜援)人士 Recipient of Comprehensive Social Security Assistance (CSSA) Scheme	港幣 HK\$250 <input type="checkbox"/>
普通會員 Ordinary Membership	每兩年港幣 HK\$100 HK\$100 Biannual	<input type="checkbox"/>

(本會專用) <For Official Use Only>

會員編號 :

生效日期 :

職員姓名 :

簽署 :

- 1) 劃線支票抬頭請寫：香港弱智人士家長聯會 或  
Cheque payable to “THE HONG KONG JOINT COUNCIL OF PARENTS OF THE MENTALLY HANDICAPPED” **QR**
- 2) 銀行轉帳 [南洋商業銀行戶口 Nanyang Commercial Bank : 043-481-00043871]  
Bank Transfer [香港上海匯豐銀行戶口 The Hongkong and Shanghai Banking Corporation Limited : 469-5-002230]
- 3) 其他 [轉數快：識別碼(FPS ID) - 163276660] (請把銀行收據副本寄回下面地址) (Please send payment slip to the address below.)  
Other

申請人簽署 Signature

日期 Date of Application

香港弱智人士家長聯會將運用閣下的個人資料(包括閣下姓名、電話號碼、傳真號碼、電郵地址及通訊地址)·作通訊、處理報名、發行收據、呼籲慈善捐款、收集意見、活動推廣及義工招募之用途。本會循此途徑收集之個人資料·除作上述用途之外·將不會以任何形式出售、租借及轉讓予任何人士或組織。資料當事人亦可隨時要求查閱及更改資料。如閣下反對本會將閣下的個人資料作上述之用途·請致電 2778 8131 聯絡本會職員·或在以下拒收聲明加上“✓”號。在未有收到閣下通知反對使用閣下的個人資料作上述的用途前·本會將假設閣下不反對本會繼續使用閣下的個人資料作上述之用。

Your personal data (including your name, telephone number, fax number, email address and correspondence address) will be used by The Hong Kong Joint Council of Parents of the Mentally Handicapped for the purpose of communications, handling application, issuing receipts, fundraising, feedback collecting, promotion of activities and volunteer recruitment for the Council. The personal data being collected via the present means, other than being utilized as the purposes above mentioned, will not be sold, traded or rented in any forms through any means to any other parties. The data subject has the right to access their data and make correction upon request. If you object your personal data being utilized for the above purposes, please contact our staff at 2778 8131 or mark “✓” on the opt-out statement below. If the Council does not receive your objection for utilizing your personal data for the above purposes, the Council shall assume that you have no objection for utilizing your personal data for the above purposes.

本人不同意香港弱智人士家長聯會使用我的個人資料作上述用途 (I object The Hong Kong Joint Council of Parents of the Mentally Handicapped to use my personal data for the purposes as stated above)

本人 同意 不同意 授權香港弱智人士家長聯會使用印有本人肖像的相片以製作宣傳短片、海報、募捐單張等有關之宣傳品。

I agree disagree to authorize The Hong Kong Joint Council of Parents of the Mentally Handicapped in using my portraits in photos for promotion video, poster, donation leaflet or related promotion items.

希望以哪種方式與本人聯絡/接收資訊 I wish to use the following method for contacting/ receiving information :

電話 Phone / WhatsApp  電郵 Email

辦事處：香港九龍石硤尾南山邨南安樓 21-24 號地下

Address: Unit No. 21-24, Ground Floor, Nam On House, Nam Shan Estate, Shek Kip Mei, Kowloon, Hong Kong.

電話 Telephone: (852) 2778 8131

Whatsapp: (852) 5533 7199

傳真 Facsimile: (852) 2778 8939

電郵 E-mail: info@hkjcpmh.org.hk

網頁 Website: www.hkjcpmh.org.hk

香港公益金會員機構

A Member Agency of The Community Chest

香港社會服務聯會會員機構

A Member Agency of

The Hong Kong Council of Social Service

## 《家屬會員入會表格》

### 入會資格：

必須是「香港弱智人士家長聯會」會員之直系家屬，為 18 歲或以上。而該會員必須是有效的永久會員或已交該年度會費之有效會員，均可經該會員介紹，申請成為家屬會員。

**(每名會員最多可有 3 名家屬申請成為家屬會員，費用全免)**

### 會員權利：

1. 除聯會章程細則中另有規定，家屬會員有權參加本會各項活動及工作。
2. 可分享本會搜集的各種資料及提供的服務。
3. 有權出席會員大會，及在會中享有發言權。

<b>正式會員資料</b>		
姓名	會員編號	
與申請人之關係	(1)	(2) (3)
會員類別： <input type="checkbox"/> 永久會員 <input type="checkbox"/> 普通會員 (續會日期_____)		
<b>智障親屬之資料</b>		
智障親屬姓名		
與申請人之關係	(1)_____	(2)_____ (3)_____
正式會員簽署		日期
<b>家屬會員申請人資料(1)</b>		
姓名：_____ 性別：_____ 出生日期：_____年 _____月 _____日		
地址：_____		
電話：_____ (住宅) _____ (手提)		
電子郵箱：_____		
教育程度： <input type="checkbox"/> 小學程度 <input type="checkbox"/> 中學程度 <input type="checkbox"/> 大專或以上 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
職業： <input type="checkbox"/> 在職，職業：_____ <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
家屬會員申請人(1)簽署		日期

### 家屬會員申請人資料(2)

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

地址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ (住宅) \_\_\_\_\_ (手提)

電子郵箱：\_\_\_\_\_

教育程度： 小學程度  中學程度  大專或以上  其他：\_\_\_\_\_

職業： 在職，職業：\_\_\_\_\_  主婦  退休  其他：\_\_\_\_\_

家屬會員申請人(2)簽署

日期

### 家屬會員申請人資料(3)

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

地址：\_\_\_\_\_

電話：\_\_\_\_\_ (住宅) \_\_\_\_\_ (手提)

電子郵箱：\_\_\_\_\_

教育程度： 小學程度  中學程度  大專或以上  其他：\_\_\_\_\_

職業： 在職，職業：\_\_\_\_\_  主婦  退休  其他：\_\_\_\_\_

家屬會員申請人(3)簽署

日期

### 收集會員資料聲明

香港弱智人士家長聯會將運用閣下的個人資料(包括閣下姓名、電話號碼、傳真號碼、電郵地址及通訊地址)，作通訊、處理報名、發行收據、呼籲慈善捐款、收集意見、活動推廣及義工招募之用途。本會循此途徑收集之個人資料，除作上述用途之外，將不會以任何形式出售、租借及轉讓予任何人士或組織。資料當事人亦可隨時要求查閱及更改資料。如閣下反對本會將閣下的個人資料作上述之用途，請致電 2778 8131 聯絡本會職員，或在以下拒收聲明加上“X”號。在未有收到閣下通知反對使用閣下的個人資料作上述的用途前，本會將假設閣下不反對本會繼續使用閣下的個人資料作上述之用。

本人不同意香港弱智人士家長聯會使用我的個人資料作上述用途