



# 香港小腦萎縮症協會有限公司

Hong Kong Spinocerebellar Ataxia Association Ltd.

地址：九龍橫頭磡邨宏禮樓地下 香港復康會社區復康網絡 電話 Tel：2336-5639

傳真 Fax：2338-4820 電郵 e-mail：[scaa.hk@gmail.com](mailto:scaa.hk@gmail.com) 網址 [www.hkscaa.org](http://www.hkscaa.org)

## 入會申請表格

(凡小腦萎縮症患者及其年齡滿 18 歲之直系家屬，均可申請加入本會。)

本人為 患者 / 家屬，現申請加入香港小腦萎縮症協會，成為 基本會員 / 永久會員。

### (甲) 申請人資料

姓名：(中) \_\_\_\_\_ (英) \_\_\_\_\_

性別： 男 女 出生日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

電話：(住) \_\_\_\_\_ (手機) \_\_\_\_\_

傳真： \_\_\_\_\_ 電郵： \_\_\_\_\_

居住地址：(中) \_\_\_\_\_

通訊地址：(中) \_\_\_\_\_

緊急聯絡人姓名： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_ (與聯絡人關係)： \_\_\_\_\_

宗教： 無宗教 佛教 天主教 基督教 其他(請註明)： \_\_\_\_\_

患者姓名(只供家屬會員填寫)： \_\_\_\_\_ (與患者關係)： \_\_\_\_\_

得知本會信息來源：網頁 機構介紹(請註明機構名稱)： \_\_\_\_\_

宣傳單張 親友/醫生介紹(請列寫姓名)： \_\_\_\_\_

### (乙) 患者現況 (必須填寫。惟若申請人為家屬，患者同時為會員，則家屬毋須填寫)

患者病發年份： \_\_\_\_\_ 覆診地點/醫院： \_\_\_\_\_

是否知悉屬於小腦萎縮症哪一類型：否 是 (請說明) \_\_\_\_\_

是否有其他親人患有小腦萎縮症：否 是 (請說明) \_\_\_\_\_

發病前職業： \_\_\_\_\_ 目前職業： \_\_\_\_\_

活動情況：自己步行 須別人攙扶 拐杖 助行架 手動輪椅 電動輪椅

患者如參加活動，是否須乘搭復康車：是 否

患者是否領取綜合社會保障：否 是 (綜援檔案編號)： \_\_\_\_\_

健康情況：(可選多項)

- |                                    |                                  |                                    |
|------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 肢體搖晃，容易跌倒 | <input type="checkbox"/> 難以握筆書寫  | <input type="checkbox"/> 肢體乏力，不能站立 |
| <input type="checkbox"/> 說話發音不清晰   | <input type="checkbox"/> 進食時容易噎咳 | <input type="checkbox"/> 無法語言      |
| <input type="checkbox"/> 眼球影像「重疊」  | <input type="checkbox"/> 關節／肌肉痛楚 | <input type="checkbox"/> 吞嚥困難      |
| <input type="checkbox"/> 暈眩        | <input type="checkbox"/> 失眠      | <input type="checkbox"/> 頸項無力      |
| <input type="checkbox"/> 情緒低落／不穩   | <input type="checkbox"/> 便秘      | <input type="checkbox"/> 脊柱側彎      |

(丙) 申請者有興趣參與下列活動 (可選多項)

- |  |                                 |                                 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 醫療健康講座        | <input type="checkbox"/> 照顧技巧訓練 | <input type="checkbox"/> 分享傾談聚會 |
| <input type="checkbox"/> 自助復康訓練        | <input type="checkbox"/> 室內康樂活動 | <input type="checkbox"/> 探訪關懷   |
| <input type="checkbox"/> 情緒輔導小組        | <input type="checkbox"/> 戶外康樂活動 | <input type="checkbox"/> 參觀     |
| <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____ |                                 |                                 |

(丁) 申請者有興趣協助下列會務工作 (可選多項)

- |  |                                 |                                    |
|--|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 策劃活動          | <input type="checkbox"/> 學校探訪   | <input type="checkbox"/> 電腦輸入      |
| <input type="checkbox"/> 主持活動          | <input type="checkbox"/> 社區宣傳工作 | <input type="checkbox"/> 撰寫文稿      |
| <input type="checkbox"/> 協助活動進行        | <input type="checkbox"/> 接受傳媒訪問 | <input type="checkbox"/> 通訊出版工作    |
| <input type="checkbox"/> 電話關懷          | <input type="checkbox"/> 籌募經費工作 | <input type="checkbox"/> 醫務,福利政策關注 |
| <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：_____ |                                 |                                    |

本人已知悉及明白下列個人資料收集聲明\*，並同意香港小腦萎縮症協會收集本人提供上述資料。

\* 個人資料收集聲明

1. 本會按《個人資料(私隱)條例》，確保儲存的個人資料準確、獲適當處理及充份保護並妥善儲存。並依照在收集資料時所說明的目的使用該等資料。
2. 本會收集你的個人資料，目的是作通訊、處理報名、收集意見、活動推廣之用途。你向本會提供個人資料純屬自願，如你未能提供足夠個人資料，本會可能無法有效處理你的申請。
3. 本會保存你的個人資料的時間，將不會超過收集該等資料的目的所需時間。
4. 你可以透過電話/傳真/郵寄方式，向本會查閱/更新/要求停止使用你的個人資料，費用全免。

申請人簽署：\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_

批核者簽署：\_\_\_\_\_

批核日期：\_\_\_\_\_

< 備註 >

1. 入會申請須經執行委員會審議批准，會籍方為有效。
2. 申請人明白本會為註冊非牟利自助組織，並同意遵守會章。
3. 申請人同意本會之代表就關於本會的工作及活動聯絡申請人。
4. 會費：基本會員每兩年港幣 30 元正；永久會員一次性繳交港幣 200 元正。本會財政年度始於四月一日，若會員加入時為年度尾（一月一日後），該年度獲免費優惠，會籍由下年度開始計算。會費可以現金或支票繳交，支票抬頭請寫上「香港小腦萎縮症協會有限公司」；或直接傳入本會匯豐銀行戶口：484-484332-838，把存款單傳真或郵寄本會。並請附上個人資料，以便寄發收據。