

Aberdeen Kai-fong Welfare Association Social Service
香港仔坊會社會服務

Casework/Counselling Service – Referral Form
個案 / 輔導服務 - 個案轉介表格

Name of service unit : Harmony Life Enrichment Centre File no.
服務單位名稱 : 尚衡成長及培訓中心 檔案編號 :

Name : (Chinese) (English) Sex : M / F
姓名 : (中文) (英文) 性別 : 男 / 女

Date of birth : Age : I. D. no. :
出生日期 : 年齡 : 身份證號碼 :

Telephone no : Address :
電話 : 地址 :

Language spoken : Marital status : Religion :
所操語言 : 婚姻狀況 : 宗教 :

Education attainment :
教育程度 :

*Economic status : CSSA OAA/HOAA Normal DA/Higher DA
*經濟狀況 : 綜合社會保障援助計劃 高齡津貼 (普通/高額) 傷殘津貼 (普通/高額)
 Supported by family/relatives Wage Savings Pension
 子女/親屬供養 工作收入 儲蓄 退休金
 Others, please specify
 其他, 請註明

Disabilities or illness, (if any) :
殘障或疾病, (如有) :

Data of the user's family members/relatives 服務使用者家人/親屬資料 :

Name 姓名	Relationship with the user 與服務使用者關係	Age 年齡	Occupation 職業	Monthly income 每月收入	Living with the user? Yes or No? If no, please specify the address: 是否與服務使用者同住? 如否, 請註明住址 :	Remarks 備註

Contact person : Relationship with the user : Telephone no : (office)
聯絡人 : 與服務使用者關係 : 電話 : (辦公室) :

Telephone no. (home) Address :
電話 : (住宅) 地址 :

Reasons for referral 轉介原因： _____

Service requested 服務要求： _____

Remarks (e.g. Risk Factors) 備註 (如:危機因素)： _____

Name of responsible worker: (In print) :
負責工作員姓名 (正楷)： _____

Signature of responsible worker:
負責工作員簽署： _____

Position :
職位： _____

Telephone no. :
電話： _____

Date :
日期： _____

Name of supervisor :
督導員姓名： _____

Signature of supervisor :
督導員簽署： _____

Position :
職位： _____

Telephone no. :
電話： _____

Date :
日期： _____