



賽馬會心志牽社交能力發展及就業支援中心  
服務轉介表格 Referral Form

電話：(香港)2568 0011 (九龍) 3101 2457 傳真：(香港) 2568 0073 (九龍) 3101 2458 電郵：ireach@nlpra.org.hk

**\*為必填項目**

**一．背景資料**

\*申請人姓名： \_\_\_\_\_ (中文)  
\_\_\_\_\_ (英文)

\*性別：男 / 女

\*出生日期： \_\_\_\_\_ \*年齡： \_\_\_\_\_ 電郵： \_\_\_\_\_

\*手提電話： \_\_\_\_\_ Whatsapp \*住宅電話： \_\_\_\_\_

\*住址： \_\_\_\_\_

\*家長/照顧者姓名： \_\_\_\_\_ 關係： \_\_\_\_\_ 電話： \_\_\_\_\_ Whatsapp

居住狀況： 與家人同住 自行居住 於宿舍居住 請註明： \_\_\_\_\_

家庭成員及關係： \_\_\_\_\_ 家庭收入： CSSA <\$20,000  
\$20,001 - \$40,000 >\$40,000

教育/職業訓練資料： 如庇護工場、綜合職業康復服務中心、輔助就業服務、綜合職業訓練中心、「陽光路上」培訓計劃學員、精神健康綜合社區中心、殘疾人士在職培訓計劃、「自閉症青少年職前訓練計劃」

日期	機構/院校	學歷/資格/班別
由 至		
由 至		
由 至		

**就業情況：**

日期	公司名稱	職位	收入
由 至		#(全職/兼職)	
離職原因：			
由 至		#全職/兼職)	
離職原因：			

評估紀錄：	曾進行評估？	評估報告	評估年份	評估機構
*自閉症評估	<input type="checkbox"/> 否 / <input type="checkbox"/> 有；評估結果：	<input type="checkbox"/> 否 / <input type="checkbox"/> 有		
*智力評估	<input type="checkbox"/> 否 / <input type="checkbox"/> 有；評估結果：	<input type="checkbox"/> 否 / <input type="checkbox"/> 有		

\*情緒/精神困擾： 抑鬱症 焦慮症 強迫症 ADHD 讀寫障礙 腦癇症  
其他 \_\_\_\_\_

\*跟進/覆診： 否 有；機構： \_\_\_\_\_ 間距： \_\_\_\_\_

\*曾經/現正接受的治療或訓練：  
否 精神科藥物 其他藥物 \_\_\_\_\_  
心理治療 社交訓練 其他 \_\_\_\_\_

## 二·其他資料

請註明：

\*表徵問題：社交 \_\_\_\_\_

情緒/行為 \_\_\_\_\_

暴力有關的經驗：

曾傷害自己的經驗：

就業 \_\_\_\_\_

家庭 \_\_\_\_\_

感官過敏：聲音 嗅覺 觸覺 其他 \_\_\_\_\_

得悉服務渠道：醫院/其他專業服務單位 新生會 非政府機構 \_\_\_\_\_  
媒體/iREACH 網站 朋友轉介 其他 \_\_\_\_\_

\*轉介原因：評估服務 輔導服務 社交能力小組訓練 iSPARK 朗程就業支援服務

\*轉介人資料：轉介人：\_\_\_\_\_ 職位：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

機構：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

備註：\_\_\_\_\_

**\*\*此部份由「心志牽」內部填寫\*\***

## 三·選擇服務

服務地點：香港 九龍 服務地點按服務申請者區住地點安排。若服務申請者有特別地點要求，可按情況個別處理。  
唯同事需要告知服務申請者輪候或可能需要較長時間

申請服務 (青年人)：評估服務 (ASD 收費：\_\_\_\_\_ 智力 收費：\_\_\_\_\_)

個案輔導 (負責同事：\_\_\_\_\_ 收費：\_\_\_\_\_)

社交小組 整全認知行為情緒管理小組 iSPARK 朗程

(家長)：靜觀親職課程 整全認知行為情緒管理家長小組

PA 同事將服務同意書以 電郵 傳真 (號碼：\_\_\_\_\_) 郵寄至申請者。傳送日期：\_\_\_\_\_

申請者會把自閉症評估、智力評估報告及服務同意書以下方式交回中心：電郵 傳真 郵寄 親身遞交

工作人員簽署：\_\_\_\_\_ 中心經理簽署：\_\_\_\_\_ 查閱日期：\_\_\_\_\_