

Application/ Referral* Form for Short-term Food Assistance Service

服務隊 Team No. : 1

營辦機構 Operator : 聖雅各福群會

檔案編號 Case Ref. No. : LFB

第一部分 Part 1 : 申請人個人資料 Applicant Particulars

申請人姓名 Name of Applicant : (中 Chinese/ 英 English*)

香港身份證/其他身份證明文件 (請列明)*號碼

HKID/Identity Document (Please specify)* No. :

聯絡電話 Tel. No. : 出生日期 DOB : 性別 Sex: ☐男 Male ☐女 Female

住址 Residential Address :

第二部分 Part 2 : 同住家庭成員資料 Household Member(s) Particulars

中/英*文姓名 Chinese/ English* Name	與申請人關係 Relationship with Applicant	出生日期 Date of Birth	備註 (如需特別膳食安排) Remarks (including need for special food)

第三部分 Part 3 : 個案簡述 Brief Case Background (個案轉介適用 For Case Referral Only)

第四部分 Part 4 : 申請人聲明 Declaration and Undertaking

1. 本人(及)同住家庭成員於過去六個月至現時並沒有申領短期食物援助服務 (以申請獲批核日起計)。

I (and) all my household member(s) have not received short term food assistance service in the past six months (counting from the first day of the latest round of the assistance).

2. 本人同意提供本人(及)同住家庭成員之個人資料並有關證明文件, 以供營運機構作審批短期食物援助服務申請之用。如有需要, 本人同意授權營辦機構向社會福利署/其他營運短期食物援助服務機構披露、索取及儲存本人(及)同住家庭成員之個人資料記錄。

I agree to provide information of me (and) my household members for short-term food assistance service application. I consent to and authorise the Operator to disclose to and request the personal data of me (and) my household members from the Social Welfare Department/ other Operators of Short-term Food Assistance Service, and retain the data for the said application as needed.

申請人簽署 Applicant's Signature : 日期 Date :

第五部分 Part 4 : 轉介者資料 Referrer's Information

轉介者姓名 Name of Referrer : 聯絡電話 Tel.No. :

轉介者簽署 Referrer's Signature : 傳真號碼 Fax No. :

轉介機構 Referring Unit : 日期 Date :

轉介機構地址 Address of Referring Unit :

*請刪除不適用 Please delete as appropriate