



住宿服務申請/轉介表

(一) 個案基本資料：			
姓名：(中文) _____ (英文) _____		性別：	年齡：
身份證號碼：		出生日期：	出生地點：
電話：	手提電話：	信仰：	
住址：			
申請住宿服務目的： <input type="checkbox"/> 戒毒 <input type="checkbox"/> 戒賭 <input type="checkbox"/> 生命重整 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)：			
吸毒或賭博之名稱及年期：			
曾接受戒除癮好的機構種類：		接受服務年份：	
最後吸毒月份/年份： _____ / _____		兩年內有否干犯/牽涉毒品相關案件： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否	
是否正守感化令： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (如是，請填下列 a)及 b)項)			
a)守感化令日期： _____ 至 _____		b) 感化官姓名及電話：	
是否正等候法庭審訊： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (如是，請填寫審訊日期： _____)			
有否精神病記錄： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 有 (如有，請填病症： _____ 確診年份： _____)			

(二) 家庭背景：			
父親姓名：		年齡：	職業：
母親姓名：		年齡：	職業：
兄弟姊妹數目：	位	緊急聯絡人：	電話：
關係：			
婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 寡居			
配偶姓名：		年齡：	職業：
		信仰：	
子女數目：		年齡：	

(三) 轉介 / 推薦人資料：		
姓名：	聯絡電話：	電郵：
機構名稱：		職位：

填表人姓名： _____

填表人簽署： _____

日期： _____

* 填妥表格後，請傳真 / 電郵表格至本會