



C 熾 mfort
C 明 re
C 會 nceren

熾明會

哀傷輔導服務轉介/申請表

電話：2361 6606 傳真：2361 6294 電郵：cccg@cccg.org.hk

地址：九龍長沙灣麗閣邨麗荷樓三樓平台 303-305 室

Form BC03

轉介者/申請者需知

本會將安排被轉介者(案主)進行評估，以確認需要，並安排接受輔導/小組或轉介予其他服務，而有關的評估結果在有需要時將會跟轉介者商討。

如案主正面對以下情況，必須有社工、醫生、護士或機構正在/將會跟進相關範疇，並於本轉介表第 4 頁列明有關資料，否則不適用轉介至本會：

1. 有長期的精神病歷史及不穩定的精神狀況 (例如：出現幻聽、幻覺或強烈和具體的自殺傾向等等)；
2. 需要長期跟進的家庭問題 (例如：婚姻、管教子女問題)；
3. 處理緊急經濟援助或臨時住屋申請。

備註：

- 轉介者/申請者可於案主親友喪禮完結一個月後作出服務轉介/申請。
- 轉介/申請服務時必須有案主本人同意，本會恕不接受案主本人不知情的服務轉介/申請。
- 每一份轉介表只能申請一位案主的哀傷輔導服務名額。
- 為確保能成功轉介/申請服務，建議將本表欄位儘量填寫，以便本會評估案主狀況及服務需要。
- 轉介/申請服務前，請先致電本會了解服務的最新安排。
- 本會保留對哀傷輔導服務相關安排的一切權利。

(一) 轉介人資料：

姓名：_____ 職位：_____

機構：_____

電話：_____ 傳真：_____

轉介機構檔案號碼(如適用): _____

轉介日期：	轉介員簽署：	機構印章：

(二) 轉介/申請安排：

轉介之服務類別： 個別輔導 哀傷治療小組 (可出席小組時間：日間 夜間)

(三) 喪親者轉介同意書：

口頭承諾 (知悉及同意日期：_____) 或

書面承諾

本人 _____ 知悉及同意被轉介予熾明會，接受相關的心理輔導服務。

簽署：

日期：

(四) 喪親者資料：

全名： _____ (中) _____ (Eng) 性別： * 男 / 女

居民身份： 香港居民 新移民

經濟來源： 工作 積蓄 家人 綜援 職業： _____ (如有)

出生年份： _____ 宗教(如有)： _____ 身份證號碼： _____

聯絡電話： (手提) _____ (家居) _____

居住地區/地址： _____

電郵地址(如有)： _____

(五) 逝者資料：

逝者 1 為案主之： * 丈夫 / 妻子 * 父 / 母 * 子 / 女
 (可多於一項) * 兄 / 弟 / 姊 / 妹 * 爺爺 / 嫲嫲 * 外公 / 外婆
 其他(請註明)： _____

逝者 1 姓名：(選填) _____ 逝者年齡： _____

死亡日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日 逝世原因： _____

喪禮日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

其他有關逝者 1 的資料： _____

(如需要可填寫下方)

逝者 2：關係 _____	逝者年齡： _____
死亡日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	逝世原因： _____
喪禮日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
其他有關逝者 2 的資料： _____	
逝者 3：關係 _____	逝者年齡： _____
死亡日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	逝世原因： _____
喪禮日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日	
其他有關逝者 3 的資料： _____	

(六) 喪親者之狀況：**1. 案主的現狀：**

與死者之關係： 緊密 糾纏不清 依賴 疏離
 不確定 其他：_____

現時出現各方面的狀況： 抑鬱 焦慮 經常哭泣 情緒麻木
 經常出現不明原因的身體不適 行為倒退 經常失眠
 長時間影響生活功能(如：上班、上學) 長時間不願接觸他人
 脾氣暴躁 失去人生意義和目標 對自己/對別人失去信心

有否出現自殺念頭： 有 沒有 不確定

如「有」，請選擇： 只有念頭 曾嘗試自殺 有具體自殺計劃

並註明：

其他生活習慣： 濫藥 / 吸毒 酗酒 賭博 其他(請註明)：_____
 沒有 不確定

其他困難來源： 新移民 精神病患 家庭問題 經濟壓力 長期病患
 獨居長者 欠債 照顧年幼/年長家庭成員

上述狀況相關資料/補充：_____

2. 同住家庭成員：

家庭成員 (配偶、父、母...)	年齡	職業/學業	與當事人關係 (良好、一般、疏離、惡劣)

3. 案主的支援網絡：

家庭及社區支援： 家人 親戚 朋友 鄰舍 同鄉
 教會 學校 其他(請註明)：_____ 不確定

***專業人員支援：**

- | | | |
|--|-------|----------------|
| <input type="checkbox"/> 社工(姓名、機構及電話) | | 個案正被(*跟進中/已完結) |
| <input type="checkbox"/> 心理學家(姓名、機構及電話) | | 個案正被(*跟進中/已完結) |
| <input type="checkbox"/> 精神科醫生(姓名、機構及電話) | | 個案正被(*跟進中/已完結) |
| <input type="checkbox"/> 其他(姓名、機構及電話) | | 個案正被(*跟進中/已完結) |

個案緊急聯絡人： (必須填寫，如未能提供，有關申請將不予處理。)

聯絡人姓名： _____ 與案主關係： _____ 聯絡電話： _____

****請將已填妥之轉介表格傳真(2361 6294)，待收妥資料後，我們將進一步與閣下聯絡。**