

香港药学服务基金

「续写人生 有梦则乐 药物资助计划」申请表

(只供非香港申请人填写)

申请日期：_____ (由内部人员填写)

申请号码：_____ (由内部人员填写)

申请人数据

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

出生日期(日/月/年)：_____ 年龄：_____ 性别：男/女

婚姻状况：未婚 已婚 离婚 丧偶

居住状况：独居 与配偶 与子女 与其他亲友/朋友

身份证号码：_____ 联络电话：_____

电邮地址：_____

联络地址：_____

所属医院/诊所名称：_____ 专科部门：肿瘤科 外科 其他：_____

主诊医生姓名：_____

申请人现在医疗状况：

复发性上皮性卵巢癌 输卵管癌 原发性腹膜癌 其他：_____

For office use only: 由内部人员填写:

<input type="checkbox"/> ID card	<input type="checkbox"/> Rx	<input type="checkbox"/> Cancer type	<input type="checkbox"/> application form	<input type="checkbox"/> income assessment approval. Date:
----------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	---	--

就业及每月个人收入状况： 请填写以下 “患者基本信息登记表”

患者基本信息登记表

患者 基 本 信 息	姓名：	手机号码：	电子邮箱：
	性别：	出生年月日：	婚姻状况：
	身份证号码：	是否曾接受过 BRCA 基因检测： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	家庭地址及邮政编码：		
	紧急联络人：	关系：	手机号码：
以下内容由工作单位或政府部门填写【未参加工作请注明现在情况及原因，无固定单位的人员也需如实填写打工、务农等情况，由所在地政府部门（居委会/村委会、街道办事处、民政部门）盖章】，有工作者可提交含下列信息并盖章的在职证明代替。			
工 作 单 位 填 写	工作单位：		
	年度个人总收入（包括工资、奖金、补贴等）：		
	证明人部门及职务：	电话：	
	本单位证明以上填写内容情况属实。 证明人签字： _____ 公章： _____ _____ 年 月 日		
其 他 部 门 填 写	年收入： 当地民政部门或者街道办事处、乡镇政府核准患者经济情况属实。		
	经办人签字： _____ 公章： _____ _____ 年 月 日		
本人已知晓项目要求及规定，同意申请项目，并保证以上所填信息真实有效，如有与事实不符，本人承担一切后果。 申请人签字： _____ 年 月 日			

声明

- 本人同意香港药学服务基金查阅本人提供的数据，以确保所有数据均为完整及正确无误，并可以就此项计划与本人联络。
- 本人声明上述填报数据及所提供的相关证明档均属真确无误。
- 如申请人故意隐瞒数据，或误导香港药学服务基金以获得资助，香港药学服务基金绝对有权撤回任何资助。
- 有关本人申请此项计划的资料如有任何更改，本人需立刻主动联络香港药学服务基金，并提供有关资料，亦同意香港药学服务基金可就该已更改资料而撤回或更改任何资助。
- 本人了解申请人可随时取消有关申请，并拒绝香港药学服务基金进一步查阅本人的资料。
- 本人了解香港药学服务基金有权要求申请人提供进一步数据和证明文件、约见申请人或联络申请人的主诊医生，以索取进一步资料作审核申请用途。
- 本人明白及同意香港药学服务基金将申请人购买药物的基本资料及任何药物不良反应/事件报告给予赞助药厂/公司，资料不包括个人资料如申请人姓名、身份证号码、住址、电话及相关证明文件。赞助药厂/公司亦有权随时停止提供此药物的经济资助。
- 本人了解香港药学服务基金保留审批申请的最终决定权，并可以拒绝任何申请而无须给予任何理由。香港药学服务基金保留随时修改此计划条款及细则之权利，并无须另行通知。
- 药物一经购买，恕不更换、退还及退款

收集个人资料通知书 (向香港药学服务基金提供个人资料之前，请先细阅本通知书)

收集资料的目的

香港药学服务基金会参考你所提供的资料，处理及跟进有关「续写人生 有梦则乐 药物资助计划」的申请，亦可能就上述申请向任何适当有关人等查询你的医疗记录及任何有关数据。向香港药学服务基金提供你的个人资料，纯属自愿。如你未能提供足够资料，香港药学服务基金可能无法处理你的申请。

转移数据与其他人：你所提供的数据，只会供在香港药学服务基金工作上有需要知道该等数据的职员使用。除此之外，在未得你的事先同意前，职员不会向其他方面披露该等数据。

查阅及更正个人资料：你有权就香港药学服务基金备存有关你的个人资料提出查阅及更正要求，但已达成使用的目的后而删除的个人资料除外。查阅或更正资料要求应以书信提出申请。

对你申请的查询、查阅及更正个人资料的要求：请确保你所提供的数据正确无误。如你对所提交的申请有任何查询，或对所提供的数据有任何更改，请联络本会药剂师（电话：2979-0380）。你在传递个人资料时，有机会在过程中被第三者窃取。你如因此引致损失，本会将不会负责。香港药学服务基金只会保存你的个人资料至「续写人生 有梦则乐 药物资助计划」完毕。

本人已经阅读、完全明白及同意上述声明及<收集个人资料通知书>。

申请人签署：_____

日期：_____

注意事项

请在递交此申请表前，检查你是否：

- 已填妥本申请表格
- 已填妥“患者基本信息登记表”
- 已签署声明及 <收集个人资料通知书>
- 附上居住地身份证副本
- 附上有效药物购买单据副本

请电邮、邮寄或亲身递交此申请表及以上档至：

配安心药房

香港药学服务基金

香港九龙荔枝角长沙湾道889号华创中心 7楼703-4室

(信封面请注明「申请「续写人生 有梦则乐 药物资助计划」」)