

心理治療現金資助 / 精神科醫療現金資助 申請指引

對象	因社會動盪及新冠肺炎疫情而出現心理或精神創傷人士 不論年齡、經濟狀況、政見、有否牽涉法律調查或訴訟也可申請
資助內容	7,000 元津貼支付 <u>相關輔導或治療費用*</u> 或 <u>精神科醫療評估及藥物治療費用</u> 。轉介社工可按個案需要申請延長資助或轉介至公營服務。 (*包括但不限於臨床心理治療、輔導心理治療、教育心理治療、家庭治療、藝術治療、音樂治療等。 <u>津貼資助只涵蓋心理治療(“Therapy/Treatment”) 相關服務費用</u> ；申請時請註明服務類型)
申請辦法	由社會福利署或受社會福利署資助機構社工為合資格人士向社聯作申請
服務記錄及報告	轉介社工於治療服務結束後一星期內提交服務記錄、檢討表及單據正本

申請流程

1. 社工評估申請人符合本計劃的資格，並取得其同意申請資助
2. 填寫申請表並電郵至社聯：timetoheal@hkcss.org.hk
3. 於收到整全申請表格日計起，社聯會於 3 至 4 星期內以電郵通知社工申請的批核結果
4. 社工或申請人自行聯絡相關治療服務：[精神科醫療](#) 或 [臨床心理治療](#)、輔導心理治療、教育心理治療、家庭治療、藝術治療、音樂治療等。
****註：申請正式批核後之治療費用才可納入津貼計算範圍；每張有效單據只可報銷一次****



津貼發放及結束安排

社會福利署適用：

5. 申請人先自付相關 輔導或治療 或 精神科醫療 費用，並保留單據正本，社聯以實報實銷方式發還，最高可獲港幣 \$7,000 資助；
6. 當服務結束一星期內，或相關費用達到 / 超過 \$7,000，申請人透過社工向社聯提交收據正本；
7. 社工須將所有單據正本，連同已填妥之服務記錄及檢討表交回社聯（香港灣仔軒尼詩道 15 號溫莎公爵社會服務大廈 12 樓）；
8. 社聯將抬頭為申請人（或其授權人士）的支票郵寄社會福利署社工以轉交申請人。

社會福利署資助機構適用：

5. \$7,000 津貼會於申請批核後 30 天內，以自動轉帳方式存入機構/服務單位的銀行戶口；如需轉帳詳情，請於批核兩個月後以電郵書面查詢轉帳情況。
6. 申請人保留單據正本，於治療服務結束一星期內，或相關費用達到 / 超過 \$7,000，申請人透過社工向社聯提交單據正本及「服務結束通知暨服務記錄及檢討表」。如有剩餘津貼，社工須於治療服務結束後四星期內，以支票形式退回社聯。

單據、文件及劃線支票*遞交形式：

電子版：timetoheal@hkcss.org.hk

正本單據文件及劃線支票：請寄回「香港灣仔軒尼詩道 15 號溫莎公爵社會服務大廈 12 樓 1201 室—兒童及青少年服務收」

*支票抬頭「香港社會服務聯會」；並於支票背面註明「『心理治療現金資助』 / 『精神科醫療現金資助』餘款」及 申請參考編號

計劃職員專用	
<input type="checkbox"/> TTH 1.0-7487	<input type="checkbox"/> TTH 2.0-7487A01
申請參考編號	
RS	WS
RP	WP
Received:	

常見表格錯漏及誤解

****收妥整全申請表及資料後，有關申請才獲處理****

心理治療現金資助 / 精神科醫療現金資助 (由轉介社工填寫)

本人已閱讀「心理治療及精神科醫療現金資助指引」，並取得以下人士同意申請資助，本人明白此申請必須符合以下條款： **(請在適當空格加✓)**

- 本人已確認申請人的心理及精神健康創傷——
 - 與社會動盪相關
 - 受新型肺炎疫情影響
- 本人已細閱申請指引及明白有關內容，並承諾將於服務結束後（包括完成治療或申請人因任何原因退出服務）**限期內將有關表格、已填妥的「服務結束通知暨服務記錄及檢討表」之電子版及正本遞交社聯**。

1. 必須填寫：可選其中一項 或 兩者皆選

2. 必須在此承諾加上✓

3. 轉介社工只需填寫一份表格，就可為有需要的申請人同時申請「精神科醫療現金資助」及「心理治療現金資助」；資助金額各\$7,000。

心理治療現金資助 (S) * -津貼資助只涵蓋心理治療(“Therapy/Treatment”) 相關服務費用

*治療服務類型 (請刪去不適用者)：臨床心理治療/ 輔導心理治療/ 教育心理治療/ 家庭治療/ 藝術治療/ 音樂治療/ 其他：_____

精神科醫療現金資助 (P)

4. 如申請「心理治療現金資助」，轉介社工必須填妥「治療服務類型」；類型可選多於一項。津貼資助只涵蓋心理治療(“Treatment”) 相關服務費用。

申請資助類別	年
滿 18 歲，轉介社工應考慮先取得家長或監護人同意	

(口頭或書面)：

身份證號碼首 4 個字：_____ (例：A123)	性別： 男 / 女
居住區域：	<input type="checkbox"/> 中西區 <input type="checkbox"/> 油尖旺區 <input type="checkbox"/> 觀塘區 <input type="checkbox"/> 元朗區 <input type="checkbox"/> 西貢區 <input type="checkbox"/> 灣仔區 <input type="checkbox"/> 深水埗區 <input type="checkbox"/> 荃灣區 <input type="checkbox"/> 北區 <input type="checkbox"/> 離島區 <input type="checkbox"/> 東區 <input type="checkbox"/> 九龍城區 <input type="checkbox"/> 葵青區 <input type="checkbox"/> 大埔區 <input type="checkbox"/> 南區 <input type="checkbox"/> 黃大仙區 <input type="checkbox"/> 屯門區 <input type="checkbox"/> 沙田區

轉介人	
機構：	
服務單位名稱：	
服務單位地址：	
工作人員姓名(全名)：	職位：
聯絡電話：	電郵：

5. 請根據機構所屬性質填妥相關津貼發放安排的資料。並請核對無誤。

- 銀行自動轉帳 (社會服務機構適用) -- 請以正楷英文填寫 --
 機構銀行戶口名稱：_____
 銀行名稱：_____ 銀行編號：_____
 戶口號碼：_____
- *請提供收款銀行戶口證明以作核對(如: Bank statement、e-banking 截圖)

- 劃線支票 (社會福利署適用)
 收款人名稱 (必需為申請人或其授權人)：_____

6. 「支票抬頭為申請人 (或其授權人士)」此安排只適用於社署轉介申請

服務單位主管姓名 (全名)：	日期：
主管簽署及單位蓋章：	

*如申請人年齡未滿 18 歲為有關程序並不符合申請
 意 (口頭或書面) 以安排申請人接受服務，如轉介社工認安甚至拒絕所需的專業服務)，建議先向相關專業人士查詢有關要求，及解釋個案的獨特情況，以求盡早取得治療。

7. 主管簽署並蓋上單位蓋章

計劃職員專用	
<input type="checkbox"/> TTH 1.0-7487	<input type="checkbox"/> TTH 2.0-7487A01
申請參考編號	
RS	WS
RP	WP
Received:	

心理治療現金資助 / 精神科醫療現金資助 申請表格 (由轉介社工填寫)

本人已閱讀「心理治療及精神科醫療現金資助指引」，並取得以下人士同意申請資助，本人明白此申請必須符合以下條款： **(請在適當空格加✓)**

- 本人已確認申請人的心理及精神健康創傷——
- 與社會動盪相關
 - 受新型肺炎疫情影響
- 本人已細閱申請指引及明白有關內容，並承諾將於服務結束後（包括完成治療或申請人因任何原因退出服務）一星期內將有關單據、已填妥的「服務結束通知暨服務記錄及檢討表」之**電子版及正本**遞交社聯，如服務於 2023 年 3 月 31 日仍未完結，亦將於 2023 年 4 月 7 日前填妥及交回表格。

申請資助類別	<input type="checkbox"/> 心理治療現金資助 (S) * -津貼資助只涵蓋心理治療(“Therapy/Treatment”) 相關服務費用 *治療服務類型 (請刪去不適用者)：臨床心理治療/ 輔導心理治療/ 教育心理治療/ 家庭治療/ 藝術治療/ 音樂治療/ 其他：_____					
	<input type="checkbox"/> 精神科醫療現金資助 (P)					
申請人						
姓氏 (中文)：				年齡*：		
如申請人年齡未滿 18 歲，轉介社工應考慮先取得家長或監護人同意 (口頭或書面)：				<input type="checkbox"/> 已取得同意 <input type="checkbox"/> 暫未取得同意		
身份證號碼首 4 個字：	(例：A123)			性別：	男 / 女	
居住區域：	<input type="checkbox"/> 中西區	<input type="checkbox"/> 油尖旺區	<input type="checkbox"/> 觀塘區	<input type="checkbox"/> 元朗區	<input type="checkbox"/> 西貢區	
	<input type="checkbox"/> 灣仔區	<input type="checkbox"/> 深水埗區	<input type="checkbox"/> 荃灣區	<input type="checkbox"/> 北區	<input type="checkbox"/> 離島區	
	<input type="checkbox"/> 東區	<input type="checkbox"/> 九龍城區	<input type="checkbox"/> 葵青區	<input type="checkbox"/> 大埔區		
	<input type="checkbox"/> 南區	<input type="checkbox"/> 黃大仙區	<input type="checkbox"/> 屯門區	<input type="checkbox"/> 沙田區		
轉介人						
機構：						
服務單位名稱：						
服務單位地址：						
工作人員姓名(全名)：				職位：		
聯絡電話：				電郵：		
津貼發放：	<ul style="list-style-type: none"> ● 銀行自動轉帳 (社會服務機構適用) -- 請以<u>正楷英文</u>填寫 -- 機構銀行戶口名稱：_____ 銀行名稱：_____ 銀行編號：_____ 戶口號碼：_____ *請提供收款銀行戶口證明以作核對(如: Bank statement、e-banking 截圖) ● 劃線支票 (社會福利署適用) 收款人名稱 (必需為申請人或其授權人)：_____ 					
服務單位主管姓名 (全名)：						
主管簽署及單位蓋章：				日期：		

*如申請人年齡未滿 18 歲，轉介社工應考慮先取得家長或監護人同意 (口頭或書面) 以安排申請人接受服務，如轉介社工認為有關程序並不符合申請人的最佳利益 (例如會導致申請人極度不安甚至拒絕所需的專業服務)，建議先向相關專業人士查詢有關要求，及解釋個案的獨特情況，以求盡早取得治療。

▶ 請將填妥之申請表格及文件電郵至本會：timetoheal@hkcss.org.hk