

個案編號：_____
表格日期：_____
批核日期：_____
(大中華癌病基金會有限公司填寫)

**跨境「尋」藥 · 藥物資助計劃
申請表**

第一部分：申請藥物的資料（必須填寫）

申請資助購買之藥物名稱：_____

建議服用分量：_____ 每劑藥物價格 / 劑量：_____ / _____

癌症類型：_____ 第_____期

曾使用該藥物：☐是（最後使用日期：_____年____月____日） ☐否

現時就診醫院名稱：_____

主診醫生姓名（如有）：_____ 下次覆診日期：_____年____月____日

第二部分：申請人資料

中文姓名：_____ 英文姓名：_____ 性別：☐男 / ☐女

出生日期：_____年____月____日 香港身份證號碼：____（____）

婚姻狀況：☐未婚 ☐已婚 ☐同居 ☐離婚 ☐喪偶 ☐分居

居住狀況：☐獨居 ☐與配偶 ☐與子女 ☐與其他親屬/朋友（請註明：_____）

地址：_____ ☐自置 / ☐租住

住所電話：_____ 手提電話：_____ 電郵：_____

緊急聯絡人：_____ 聯絡電話：_____ 與申請人關係：_____

申請人現時領取任何資助/津貼/基金情況：

☐ 沒有（請填第三部分）

☐ 有：（請列明：_____）（並提交相關證明文件）

第三部分：申請人的工作及經濟狀況（以港幣計算）

請列明申請人於遞交本申請表格前**最近 6 個月**的經濟狀況。

註：申請人有機會被要求提交經濟證明文件

☐ 全職 ☐ 兼職：公司或機構名稱：_____

每月收入：_____

**如屬自僱人士或非固定每月收入之人士，請填寫下框內容。*

本人職業是 _____，並以現金 / 支票 / 銀行轉賬 出糧。

本人過去六個月的收入，詳請如下：

_____月收入：HK\$_____ _____月收入：HK\$_____

_____月收入：HK\$_____ _____月收入：HK\$_____

_____月收入：HK\$_____ _____月收入：HK\$_____

☐ 失業：由_____年_____月至 _____年_____月 / 至今

☐ 已退休：☐ 沒有/☐ 有退休收入：\$_____

☐ 其他收入（如：子女供養/親屬或朋友的經濟援助/股息/租金/經營生意等的收入）

（請說明）：\$_____

☐ 全職家庭主婦（沒有任何收入）

☐ 幼兒/學生

☐ 持有公司或擔任公司的董事或股東。（請註明公司名稱：_____）

☐ 於香港有資產：_____（如適用）

☐ 於內地及海外有資產：_____（如適用）

如申請獲得批核，有關資助將會存入到申請人(病人)的銀行戶口：

銀行戶口持有人(須為申請人本人)

中文姓名：_____ 英文姓名：_____

銀行名稱：_____

銀行戶口號碼：_____

第四部分：聲明及同意書（必須是病人簽署）

有關大中華癌病基金會有限公司(基金會)之「藥物資助計劃」

- 本人(簽署人)明白及同意基金會向本人索取有關資料，並作為處理本人申請計劃的用途。
- 本人明白及同意此申請表上的所有資料（包括證明文件資料）為完整、準確、適時及真確。
- 如在遞交申請表後，申請人或其相關財經濟況有任何變動，本人須立刻通知基金會並提供有關資料，亦同意基金會可在就該等轉變作撤回或更改任何資助。
- 本人明白及同意，如本人故意隱瞞資料，誤導基金會或作虛假聲明以獲得資助，基金會絕對有權取消有關申請/撤回任何資助。
- 本人明白及同意基金會就計劃申請進行經濟審查，並明白基金會有關拒絕申請。基金會保留審批申請的最終決定權。
- 本人明白及同意基金會有權將本人之基本資料，可能包括本人之申請編號、醫院名稱及醫生姓名、藥物名稱、購買劑量、資助金額等資料交予計劃相關的藥廠/公司/善長，而申請人之個人資料包括姓名、身份證號碼、住址、電話及相關證明文件等個人資料將會被保密。
- 本人確認於遞交申請時未有得到「關愛基金」及「撒瑪利亞基金」的資助，如本人成功申請以上兩個基金之資助時，需即時向基金會報告，基金會有權對申請個案作任何變更，包括但不限於更改資助詳情或停止資助等。
- 本人明白及同意，基金會批核成功後，資助計劃才正式開始。
- 本人明白及同意，由基金會資助本人所購買之任何藥物，可以由本人使用，絕對不得轉售，轉讓，或退回有關藥物及藥費。
- 本人明白及同意，本人所購買之藥物完全是由本人的主診醫生所建議的處方，作為本人的所需治療用途，基金會責任僅為是否批核資助購買有關處方藥物的費用，其他一切概與基金會無關（包括但不限於藥物購買的過程、用藥的須知、藥物服用後的療效及後果或其他情況等）。
- 本人明白及同意，基金會有權因應不同的原因，更改、撤回或中止有關的資助計劃，而不需要向本人交待任何理由。
- 本人明白及同意申請個案有任何變動，本人需重新遞交最新文件再作申請。

大中華癌病基金會有限公司(基金會)聲明：

基金會所收集申請人的個人資料只用作本計劃的審查用途。基金會將不會以任何形式出售、租借及轉讓予任何人士或組織。基金會尊重申請人的私隱，並嚴格遵守香港個人資料（私隱）條例的規定，申請人的個人資料將會被保密。

本人(即下開簽署人)已細閱並完全明白及同意上述聲明及同意書內容。

本人及本人的遺產承辦人確認基金會不會作出任何對本人病情的診斷，本人也確認不會因為服用主診醫生處方的藥品而產生任何不良的後果或後遺症而向基金會追討任何賠償及損失。

申請人(病人)簽署或拇指指模	日期
-----------------------	-----------

第五部分：查詢及聯絡



大中華癌病基金會有限公司
Greater China Cancer Foundation Limited

大中華癌病基金會辦事處
WhatsApp 商業帳戶

辦事處資料：(辦公時間：星期一至五 09:30-18:00)

電話：(852) 2885 1598 / 2886 1598 傳真：(852) 2885 1000

WhatsApp & WeChat：6368 0088

電郵：inquiry@gccf.org.hk

網址：www.gccf.org.hk

地址：香港九龍長沙灣道 788 號羅氏商業廣場 27 樓 2703 室



GCCF 大中華癌病基金會辦事處
中國香港 深水埗區



第六部分：遞交表格須注意事項及計劃補充說明

1. 請確保已填妥申請表全部所需填寫的部份，並於申請表上簽署。
2. 請確保填寫的資料及附加文件清晰可見，如申請表或其他證明文件模糊不清，申請者會被要求重新遞交或填寫表格。
3. 申請人必須遞交齊全的文件後，大中華癌病基金會有限公司才會正式進行審批。
4. 一般審批時間需時約3個星期。
5. 大中華癌病基金會有限公司對於「藥物資助計劃」擁有最終的決定權和解釋權。
- 6.

申請人需連同以下文件一併遞交

- ☐ 申請人現時領取資助/津貼的相關證明文件
- ☐ 醫生證明文件及醫院管理局醫生發出的自費處方藥單副本
- ☐ 關愛基金或撒瑪利亞基金會拒批資助的相關證明文件（如適用）