

申請須知

大中華癌病基金會是根據《稅務條例》第88條獲豁免繳稅的慈善機構（號碼: 91/19856），本著慈善機構「盡職」原則，基金會動用善款作出資助，需收到由病人提交及簽署的申請表，索取及提交表格請聯絡基金會辦事處2886 1598 / 2885 1598。

「新」藥港用・免費指定患者藥物使用計劃 申請表 (免費新藥港用計劃)

第一部分：申請人資料 (由病人填寫)

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：_____(____)
居住狀況：☐獨居 ☐與配偶 ☐與子女 ☐與其他親屬/朋友（請註明：_____）
地址：_____
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：_____
癌症類型：_____ 第_____期 申請藥物名稱：_____
就診醫院名稱：_____ 主診醫生姓名：_____

第二部分：聲明及同意書 (必須是病人簽署)

有關大中華癌病基金會之「新」藥港用・免費指定患者藥物使用計劃：

- 本人確認，本人因經濟困難而無法自行負擔治療所需藥物費用，故向基金會申請此計劃。
- 本人明白及同意，基金會向本人索取以上申請表內容，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為完整、準確、適時及真確。
- 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，本人所申請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，基金會只是捐贈有關藥物，其他一切概與基金會無關（包括但不限於用藥的須知、藥物服用後的療效及後果或其他任何情況等）。
- 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(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
----------------	----

大中華癌病基金會有限公司填寫

個案編號：_____
申請藥物數量：_____ 預計使用日期：_____年____月至_____年____月
職員簽署：_____ 收表日期：_____

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。

基金會查詢電話：2886 1598 / 2885 1598

傳真：2885 1000

WhatsApp：6214 0088

地址：香港九龍長沙灣道 788 號羅氏商業廣場 27 樓 2703 室 電郵：inquiry@gccf.org.hk 網址：www.gccf.org.hk

(表格 NPP-20260801)