



協康會
HEEP HONG SOCIETY

協康會
林護紀念基金兒童發展中心
ABA 應用行為分析治療
報名表

請填妥報名表格並傳真/郵寄/電郵至協康會林護紀念基金兒童發展中心

地址：九龍何文田常盛街 1 號 香港都會大學 賽馬會健康護理學院 2 樓 F0223

電郵：lwc@heephong.org

電話：3619 9269

傳真：3619 4501

個人資料

監護人姓名： _____ 與兒童關係： _____ 從何途徑得知本計劃： _____

地址： _____

電郵： _____ 聯絡電話： _____

是否願意透過電郵收到本會的活動資料： 願意 不願意

子女資料

學童姓名： (中文) _____ (英文) _____ 性別： _____

就讀中心/學校： _____ 本學年班別： _____ 出生日期： _____

特殊需要：

確診為自閉症譜系障礙 評定有社交溝通困難

評定為具自閉症癥狀 沒有任何評估

其他： _____

提供診斷的機構： _____ 診斷日期： _____ 年 _____ 月

有否申請/接受其他服務： 沒有 有，請註明： _____

學童現正接受 1. _____ 提供服務 1. _____

的訓練/治療 (如有)： 2. _____ 機構名稱： 2. _____

3. _____ 3. _____

學童有否長期身體疾病？ 沒有 有，請註明： _____

兒童溝通語言： 廣東話 英語 普通話 其他： _____



服務申請資料 (名額有限, 本會只能盡量安排, 敬請體諒)

希望提供服務之時段: (請在 內 出合適時段, 可 多項)

星期二至五上午

星期二至五上午

其他: _____

上午 9 時 15 分 11 時 15 分

上午 11 時 30 分至下午 1 時 30 分

服務申請注意事項 及 個人資料(私隱條例)

1. 中心職員收到申請表格後將與申請人聯絡, 以作服務安排。
2. 在訓練開始前, 導師會先與家長會面, 以了解兒童的能力及需要。如兒童合適參加此訓練, 導師會與家長安排詳細訓練日期及時間。
3. 若家長 3 次未能出席已安排的會面, 須重新申請服務。
4. 甄別後, 若家長決定與兒童展開訓練, 便須於安排的第一節當日預繳首四堂訓練費用(中心接受現金或劃線支票), 之後每四堂預繳一次。
5. 家長/照顧者必須與兒童共同出席訓練。
6. 當天文台懸掛八號風球或黑色暴雨警告訊號時, 所有服務均會暫停。若天文台在下午二時正或以前取消該等警告訊號, 中心會在訊號取消後兩小時恢復正常服務。若天文台在下午二時後才取消八號風球或黑色暴雨警告, 下午之服務將會暫停。
7. 當天文台懸掛三號風球或紅色暴雨警告訊號時, 治療師會繼續提供服務, 家長仍須依約定時間帶子女出席評估或訓練。
8. 訓練期內若兒童因病未能出席, 須在下一堂出示醫生證明, 否則將扣取半節訓練費用。若兒童因事未能出席, 須於約定時間二十四小時前通知負責導師, 不足二十四小時前通知將扣取半節訓練費用。
9. 每四堂為一期的訓練, 須至少完成一個月。只接受一次(二十四小時前)請假, 否則亦需扣取半節費用。若兒童無故缺席服務, 亦需扣取半節費用。
10. 若兒童發燒或傳染病徵狀, 請通知小組導師及留在家中休息。
11. 在訓練進行期間, 請勿錄影、錄音或拍照。
12. 本人同意接受協康會所提供的 ABA 應用行為分析治療。本人明白及同意, 根據個人資料(私隱)條例, 本人所提供的個人資料, 是為本人提供服務時使用; 供本計劃的協康會同工參閱, 所有資料將會保密。本人亦獲悉, 如本人需要查閱個人資料紀錄, 可向協康會作書面申請。

申請人簽署: _____

申請人姓名: _____

日期: _____