香港罕見疾病聯盟
RARE DISEASE HONG KONG

地址：九龍長沙灣麗閣邨麗萱樓地下 101 號
電郵：info@rdhk.org　　網址：http://www.rdhk.org　　電話：(852) 5528 9600

個人會員申請表

辦事處專用
批核日期：________
會員編號：________
付款方式：________
收據編號：________

申請須知：
1. 在填寫本表格前，申請人應先細閱、了解並同意遵守「香港罕見疾病聯盟有限公司」（罕盟）之會章。
2. 申請人須填妥本表格，連同繳付一次性入會費港幣 20 元的證明文件（劃線支票或銀行入數紙）一併郵寄或親身交回罕盟。
    - 2.1. 以支票付費者，支票抬頭請註明「香港罕見疾病聯盟有限公司」，並在支票背面寫上申請人姓名。
    - 2.2. 以轉帳方式付費者，請以現金存入中銀香港戶口: 012-740-2-010764-4，並在入數紙背面寫上申請人姓名。
3. 所有入會申請均須由罕盟理事會審批，成功申請者將收到本會電郵確認。
4. 凡自願退會或作出有損罕盟聲譽行為而被革除會籍者，將不獲退還會費。
5. 會員個人資料只供罕盟作登記及統計用途，資料絕對保密。

請在適當的方格內劃上「✓」號。

申請人姓名：(中) ________________ (英) ________________________ 性別：□男　□女
出生日期：_____(日)／_____(月)／_______(年)　　香港身份證號碼：_ _ _ _ _（英文及首 4 位數字）
教育程度：□小學 □中學 □大專 □學士 □碩士 □博士 □其他：________________
職業狀況：□學生 □家庭主婦 □待業 □退休 □全職／□兼職（職業：________________）
住址：____ 聯絡電話：__________
有沒有使用電郵服務? □有（請提供電郵地址:____________________）□沒有　□不便透露
緊急聯絡人姓名：________________ 聯絡電話：________________ 關係：__________

* * *

申請會員類別：□基本會員#(罕見疾病患者或親屬)　　□普通會員(關注及支持罕見疾病的人士)
#申請成為基本會員者，必須提供下列資料：
申請人為：□患者　□親屬　罕見疾病名稱：________________________________
主要病徵：____
____
確診年份：__________　覆診醫院：________________________________
居住情況：□獨居 □與外傭同住 □與外傭及家人同住 □與家人同住 □院舍 □其他：______ □不便透露
有否申請綜援：□有 □沒有 □不便透露
有否申請傷殘津貼：□有（普通傷殘津貼）□有（高額傷殘津貼）□沒有　□不便透露
有否參加其他病類機構：□沒有　□有（請列出：________________________）□不便透露
有否其他親人患有罕見疾病：□沒有　□有（請註明：________________________）□不便透露
活動能力：□自己步行　□須別人攙扶　□助行器　□手動輪椅　□電動輪椅　□卧床
若參加戶外活動，須乘搭復康車：□是　□否

* * *

- **申請人願意透過** □普通郵件/ □電子郵件接收罕盟的刊物及通訊
- **申請人成為罕盟會員的原因是:(可選多項)**

□參與政策倡議，反映意見 □加深對罕見疾病的認識 □嚮往充權賦能，成為罕病領袖 □參加罕盟活動（如復康訓練、康樂活動）□結識同路人，並肩同行 □關愛罕病群體，希望了解他們的需要 □其他(請註明)：________________

- **認識罕盟的途徑:(可選多項)**

□罕盟網頁　□罕盟臉書　□文字媒體（如報章、雜誌）□視聽媒體（如電台、電視、網絡節目等）　□同路人/親友介紹 □活動介紹（由罕盟或其他機構舉辦）□醫護人員介紹　□其他機構介紹　□其他(請註明):________________

申請人簽署：________________________　　日期：________________