申請編號：_____
(由本基金會填寫)

精神健康基金會
藥物資助計劃申請表

申請人姓名 (中文)：_____ (英文)：_____

香港身份證號碼：_____住址：_____

聯絡電話 (住宅)：_____ (手提)：_____

所屬醫院管理局轄下精神科門診診所：_____病歷號碼：_____

申請資助藥物名稱*：

□ 抗抑鬱藥：_____

□ 情緒穩定劑：_____

□ 非典型抗精神病藥 (治療抑鬱症用)：_____

□ 其他：_____

*** 請在遞交本申請前聯絡本基金會(電話號碼：8102-4222)或到本基金會網站 (www.hkmhf.org) 查詢最新資助藥物名單。**

申請所須證明文件：

✓ 香港身份證副本
✓ 綜援證明書副本 或 傷殘津貼申請獲准通知書 或 病人自助組織推薦信 或 其他支持此申請的文件
✓ 自費藥物醫生處方副本

首選取藥地點：港島區／九龍區／新界區 (請圈出適合選擇)

你可經傳真、電郵或郵寄遞交申請表及上述證明文件

傳真號碼：2116-9772
電郵地址：info@hkmhf.org
郵寄地址：香港中環皇后大道中33號萬邦行904室

Mental Health Foundation
精神健康基金會

聲明

本人_____ (申請人姓名)現特此聲明，在這份申請表所填報的各項資料(包括任何向精神健康基金會遞交以支持此申請的文件)，據本人所知，均屬正確無訛。本人知道並同意精神健康基金會會根據本人所提供的資料，審批此申請並(如適用)評定受助範圍。本人亦知道，根據香港法例第210章《盜竊罪條例》，任何人以欺騙手段不誠實地為自己或另一人取得任何金錢、 利益，即屬犯罪，循公訴程序定罪後，可處監禁10年。

本人確認已細閱以下所有條款，並完全明白其內容，亦同意接受以下所有條款：

1. 本人將因應捐贈藥物的資源獲資助相同劑量的處方。
2. 本人授權精神健康基金會及其他參予機構使用本人的個人資料作是次申請、 跟進及統計用途。
3. 精神健康基金會會遵守《個人資料〔私隱〕條例》有關條文的規定，本人所提供的個人資料均會絕對保密。
4. 本人同意提供精神健康基金會可能要求的進一步資料及文件，以作審批此申請之用。
5. 本人同意配合就精神健康基金會可能要求會見本人或本人的家屬，以獲得更多資料，作審批此申請之用。
6. 本人授權精神健康基金會聯絡本人的負責醫生、醫院或其他藥物資助機構，以獲得更多資料，以作審批此申請之用。
7. 精神健康基金會對此申請擁有最終決定權，並可拒絕此申請而無需提供任何原因或理由。
8. 本人同意支付予萬寧（或其他指定配藥處）不予退還的行政費用 (現為每一種藥物一個月（或少於一個月）的劑量以港幣拾元計算)。
9. 本人同意只按本人的負責醫生指示使用獲資助的藥物作本人的臨床治療用途。 本人明白並承諾在任何情況下均不會將獲資助的藥物轉售或作其他用途。
10. 本人明白精神健康基金會並不向藥物資助計劃內之藥物給予任何認可或為其作任何宣傳推廣。
11. 本人也明白精神健康基金會並不會就獲資助藥物是否適合/適用於本人進行任何審核。 本人就獲資助藥物的適合/適用、效用及副作用等有關資料已向本人的負責醫生查詢及了解。
12. 本人同意精神健康基金會可按其認為適當對藥物資助計劃（包括這些條款）作出修改。

申請人簽署：_____

申請人姓名：_____

日期：_____