

立法會福利事務委員會

傷殘津貼執行機制的檢討工作

目的

本文件簡介傷殘津貼執行機制的檢討結果。

傷殘津貼的審批制度

2. 傷殘津貼是公共福利金計劃下每月發放的一項現金津貼，目的是協助患有嚴重殘疾的香港居民應付其因該等殘疾情況而引致的特別需要。有關的審批制度是按此政策目的而設立，具體做法如下。

3. 在傷殘津貼計劃下，社會福利署(下稱“社署”)與公營醫院/診所的醫生互相合作，各司其職，按既定的政策及申請人的情況審批申請。社署是負責管理及審批傷殘津貼的部門。在接獲申請後，社署的職員會安排約見申請人，並發出醫療評估表格，讓醫生就申請人的殘疾情況進行專業醫療評估。傷殘津貼申請人須經由衛生署或醫院管理局(下稱“醫管局”)醫生(或在極為特殊情況下由私家醫院註冊醫生)評估其殘疾情況屬傷殘津貼下定義的嚴重程度(即根據《僱員補償條例》(第 282 章)附表 1 所定準則，大致上相等於喪失 100% 賺取收入能力)，而該情況將持續不少於六個月；並滿足其他申領條件¹，才符合資格領取津貼。為確保評估的一致性和客觀性，醫生會採用標準化的醫療評估表格及檢視清單(現時採用的版本載於附件一)，就申請人的殘疾情況向社署作出建議。

¹ 例如申請前的居港規定，以及沒有領取公共福利金計劃下的其他津貼或綜合社會保障援助。

4. 傷殘津貼分為普通傷殘津貼(現時為每月 1,395 元)和高額傷殘津貼(現時為每月 2,790 元)兩種。高額傷殘津貼申請人除了須符合上述的申請資格外，還須經由衛生署或醫管局醫生評定為在日常生活中需要他人不斷照顧，但並沒有在受政府資助的院舍(包括津助/合約院舍及參與不同買位計劃院舍的資助宿位)或醫管局轄下的公立醫院及機構接受住院照顧，或在教育局轄下的特殊學校寄宿。

5. 由於傷殘津貼並非旨在照顧殘疾人士各方面(例如經濟支援、復康服務、求職、交通等方面)的需要，社署在決定申請人是否符合資格時，不會考慮申請人的社會背景、家庭、就業及經濟等狀況。有經濟困難的殘疾人士可申請綜合社會保障援助。

傷殘津貼執行機制的檢討

6. 申訴專員在二零零九年十月發表的「社會福利署如何審批傷殘津貼及處理上訴個案」主動調查報告，主要是建議社署修訂傷殘津貼申領準則的細節、有關的醫療評估表格和內部指引，以清楚反映政策原意及方便評估工作；完善評估機制及程序，增加其透明度，提高評估的客觀性及一致性；以及釐清相關部門及機構(即社署、醫管局和衛生署)的角色，加強彼此之間的協調。

7. 社署於二零零九年十一月聯同勞工及福利局、醫管局、衛生署及效率促進組成立了傷殘津貼計劃執行機制檢討工作小組(下稱“工作小組”)，跟進申訴專員的建議。工作小組就醫療評估所用的指引、表格及檢視清單，以及各有關單位處理申請的流程，作出了適當的修訂和更新，務求令醫療評估能盡量一致和客觀地進行，並能達到傷殘津貼的政策目的。

8. 期間，工作小組的進度曾受一名前傷殘津貼申請人提出的司法覆核個案所影響。隨着該個案於二零一一年七月告一段落，工作小組再繼續餘下的工作，主要是收集前線工作人員的意見。

9. 其後，工作小組進一步改善了工作流程及表格，至現在基本上已完成其檢討工作。工作小組的建議摘要及經修訂後的醫療評估表格，分別載於附件二及三。

實施安排

10. 社署需要調整其電腦系統以實施工作小組的建議，而相關的部門和機構亦需修訂並製作新表格及宣傳品，以及為前線員工舉辦簡介會和進行培訓等。社署預計工作小組的建議最快可於二零一三年年底前推行。

社會福利署

二零一二年十二月

公共福利金計劃
便 箋

發文人： 社會福利署 _____ 社會保障辦事處主任	受文人： _____ *醫院/診所 *醫務社會工作者/主診醫生
檔 號： _____	來文檔號： _____
電 話： _____	日 期： _____
日 期： _____	

有關： _____ *先生/女士
*香港身份證/出生證明書號碼： _____ 年齡： _____ (*已婚/單身/喪偶/離婚)
地址： _____ 電話號碼： _____
醫院/診所： _____ 檔號： _____
下次覆診日期： _____ 專科/病房： _____

上述人士聲稱患有 _____ (疾病名稱/殘疾類別)，並已申請公共福利金計劃下的傷殘津貼。*他/她已允許本署進行醫療查詢。有關上述人士的疾病/殘疾情況*及/或其藥物治療的已有資料如下： _____

- *現付上/無法提供上述人士*以往的醫療評估報告/覆診紙/覆診卡/x光卡的副本。
- 上述人士*是/不是庇護工場工人** (只適用於申請高額傷殘津貼的個案)
- 請填寫本表格後頁各有關欄目，並於 _____ 或之前，把填妥表格的正本交回下開簽署人。如需電話商談，請致電與下開簽署人聯絡，或致電 _____ 與 _____ *先生/女士聯絡。

簽署： _____
姓名： _____
(請以正楷填寫)
_____ 社會保障辦事處主任

(只適用於新申請個案)

發文人： _____ *醫院/診所 醫務社會工作者	受文人： 社會福利署 _____ 社會保障辦事處主任
檔 號： _____	來文檔號： _____
電 話： _____	日 期： _____
日 期： _____	

有關： _____ *先生/女士
*香港身份證/出生證明書號碼： _____ 年齡： _____ (*已婚/單身/喪偶/離婚)
地址： _____ 電話號碼： _____
醫院/診所： _____ 檔號： _____

上述人士已申請公共福利金計劃下的傷殘津貼。

- 現付上上述人士的醫療報告(見後頁)，並補充資料如下：
(正式印章)

_____ *醫院/診所
醫務社會工作者簽署： _____
姓名： _____
(請以正楷填寫)

本表格只設英文版
此中文譯本僅供參考之用
如有歧義概以英文版為準

便 箋

發文人： _____ *醫院／診所醫生
檔 號： _____
電 話： _____
日 期： _____

受 文 人： 社會福利署
_____ 社會保障辦事處主任
來文檔號： _____
日 期： _____

公共福利金計劃
醫療評估表格

香港身份證／出

社會福利署

有關： _____ *先生／女士 生證明書號碼： _____ 個案編號： _____ (資料由社會保障辦事處填寫)

在進行醫療評估時，請參閱載於第 3 頁的檢視清單。

請在下列適當的方格內加上“√”號：

(I) 殘疾性質／程度

(A) 病人因下列原因，身體狀況大致相等於喪失 100%賺取收入能力的人***：

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> (i) 喪失二肢的功能 | <input type="checkbox"/> (v) 全身癱瘓（四肢癱瘓） |
| <input type="checkbox"/> (ii) 喪失雙手或雙手的拇指和所有手指的功能 | <input type="checkbox"/> (vi) 下身癱瘓 |
| <input type="checkbox"/> (iii) 喪失雙腳的功能 | <input type="checkbox"/> (vii) 因疾病、損傷或變形而導致長期臥床 |
| <input type="checkbox"/> (iv) 完全失明 | <input type="checkbox"/> (viii) 因任何其他情況，包括器官殘障而導致完全殘疾
(請參考檢視清單的第 II 部分) |

_____ (請述明)

(B) 病人因下列原因，以致身體的殘疾情況大致相等於喪失 100%賺取收入能力的人：

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> (i) 器質性腦綜合徵 | <input type="checkbox"/> (iv) 神經官能病 |
| <input type="checkbox"/> (ii) 弱智 | <input type="checkbox"/> (v) 人格障礙 |
| <input type="checkbox"/> (iii) 精神病 | <input type="checkbox"/> (vi) 導致完全喪失心智機能的任何其他情況 |

_____ (請述明)

(有關上述第(A)及(B)項，請同時填寫第(IV)項以評估病人的精神狀況是否適宜作出聲明。)

(C) 病人患有 _____，但未達上述第(A)或(B)項的程度。
(殘疾)

(II) 建議 (只可選擇一項)

- 病人不符合資格領取傷殘津貼，因為：
- (i) 其殘疾程度並非大致相等於喪失 100%賺取收入能力（見第(I)(C)項），或
 - (ii) 第(I)(A)或(B)項所述的病人殘疾情況，預計會持續少於 6 個月（只適用於新個案）
- 病人符合資格領取普通傷殘津貼（見第(I)(A)或(B)項），但不符合資格領取高額傷殘津貼。（有關高額傷殘津貼的申請條件，請參閱附件的補充醫療評估表格）。
- 病人符合資格領取高額傷殘津貼，即符合領取普通傷殘津貼的準則（見第(I)(A)或(B)項），以及領取高額傷殘津貼的附加條件（必須同時填寫高額傷殘津貼的補充醫療評估表格）。

(III) 殘疾情況的持續時間

第(I)(A)或(B)項所述的情況可能會*由申請日期／由上一份醫療證明的屆滿日期起計，即 _____（日期由社會保障辦事處或醫務社會服務部填寫），持續：

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 少於 6 個月 _____ (見第(II)(ii)項)
(請述明明月數) | <input type="checkbox"/> 2 年以上至 3 年 |
| <input type="checkbox"/> 6 個月 | <input type="checkbox"/> 3 年至 _____ 年 (請述明) |
| <input type="checkbox"/> 6 個月以上至 12 個月 | <input type="checkbox"/> 直至並包括 _____ 歲 (請述明以供兒童體能智力測驗服務之用) |
| <input type="checkbox"/> 1 年以上至 2 年 | <input type="checkbox"/> 至永久 |

已通知病人社會福利署會就其殘疾情況進行醫療覆檢（適用於非永久殘疾的個案）。

(IV) 在進行是次／上一次的臨床評估時，病人的精神狀況是否適宜作出聲明

- 病人的精神狀況適宜作出聲明 病人的精神狀況不適宜作出聲明

(V) 醫生的其他意見 (如適用的話，請提供一些有關病人的身體評估結果和支持證明，以助其他醫生日後為病人進行評估。)

正式印章

醫生簽署

姓名 (請以正楷填寫)

日期

* 請刪去不適用者。

** 庇護工場工人通常不符合資格領取高額傷殘津貼。

*** 根據《僱員補償條例》(第 282 章)附表 1 的準則，為施行本計劃，第 282 章所述的“永久”元素，並不包括在第(I)(A)項中的(vii)和(viii)項內。

申領普通傷殘津貼的醫療評估檢視清單（適用於極度失聰以外的殘疾）

申領準則

在符合其他申領準則的情況下，申請人如經衛生署署長或醫院管理局行政總裁根據《僱員補償條例》（第 282 章）附表 1 所訂的準則，證明其殘疾程度大致相等於喪失 100% 賺取收入能力，便符合資格領取公共福利金計劃下的普通傷殘津貼。

經證明患有知覺性或混合性失聰的極度失聰人士，如其失聰程度較輕的耳朵對每秒 500、1 000 及 2 000 週的純音頻率失聰達 85 分貝或以上，或失聰介乎 75 至 85 分貝之間而同時有其他身體殘障，包括缺乏語言能力及聽音不準，亦符合資格申領普通傷殘津貼。聽覺受損的申請人應由醫院管理局轄下指定的專科診所／醫院的耳鼻喉科醫生予以評估，以審定其申領普通傷殘津貼的資格。社會福利署就極度失聰的個案備有另一套醫療評估表格。

申領普通傷殘津貼的醫療評估檢視清單（適用於極度失聰以外的殘疾）

(I) 如申請人的肢體／智力殘障程度或健康情況屬以下其中一個類別（即《僱員補償條例》（第 282 章）附表 1 界定為喪失 100% 賺取收入能力），則即使申請人已受僱，仍應自動被視為因健康理由而符合資格申領普通傷殘津貼：

- (i) 喪失二肢的功能
- (ii) 喪失雙手或雙手的拇指和所有手指的功能
- (iii) 喪失雙腳的功能
- (iv) 完全失明
- (v) 全身癱瘓（四肢癱瘓）
- (vi) 下身癱瘓
- (vii) 因疾病、損傷或變形而導致長期臥床
- (viii) 因任何其他情況，包括器官殘障而導致完全殘疾（請參考本清單的第 II 部分）

如申請人的殘疾情況不屬上述任何一個類別，請參閱下文第(II)部分。

(II) 如申請人的肢體／智力殘障程度或其他健康狀況不屬上述第(I)部的任何一個類別，則應進行醫療評估，以審定申請人是否如公共福利金計劃所指的“嚴重殘疾”。

如申請人的肢體或智力殘障程度或其他健康狀況（包括器官殘障）導致其活動受到甚大的限制，或並無能力或不能自行進行下列日常活動，以致在下列任何一個範疇極需依賴他人協助，則應被視為殘疾程度大致相等於喪失 100% 賺取收入能力，故符合資格領取普通傷殘津貼：

- (1) 從事原有的職業及擔任其適合的任何其他種類的工作；
- (2) 自我照顧及處理個人衛生、包括進食、穿衣、整理儀容、如廁及沐浴；
- (3) 在日常活動中需要站立或坐下時，可維持個人的姿勢及平衡，在室內轉換位置（床／椅、地面／椅、如廁），前往診所、學校、工作地點；以及
- (4) 表達自己，與別人溝通和互動，包括交談、書寫、使用社會（社區）資源，向別人求助，以及參與康樂和社交活動。

本表格只設英文版
此中文譯本僅供參考之用
如有歧義概以英文版為準

#社會福利署個案編號：_____

為需要經常護理人士而設的補充醫療評估表格（公共福利金計劃）

除非病人的完全殘疾程度大致相等於喪失 100%賺取收入能力人士，並且需要他人給予以下照顧，否則不用填寫此表格：

- (i) 因病人的身體機能情況（如完全臥床、四肢癱瘓）而需在日間給予經常照顧，並且在晚間給予長時間或多次照顧；
- 或
- (ii) 需作持續監管，以免病人傷害自己或他人，例如嚴重痴呆／弱智的病人；
- 及
- (iii) 就未滿 15 歲的病人而言，*他／她亦必須接受高於一般同齡及同性別兒童所需的經常照顧和監管。建議考慮的因素包括危及生命的情況，以及不能以藥物及／或治療控制的過度活躍症等。

請在(i)及(iii)或(ii)及(iii)項的方格內加上✓號，以確定有關兒童符合資格。

建議

基於上述評估情況，#*_____先生／女士在醫療評估表格第(III)項所述期間，符合資格領取高額傷殘津貼。

請注意：經證明需要經常護理的病人即符合資格領取較高金額的傷殘津貼，金額為公共福利金計劃下普通金額的兩倍。

（正式印章）

_____ *醫院／診所

醫生簽署：_____

姓名（請以正楷填寫）：_____

日期：_____

* 請刪去不適用者

由社會保障辦事處或醫務社會服務部填寫

傷殘津貼計劃執行機制檢討工作小組的
檢討結果及建議摘要

- I. 修訂申領準則細節，包括醫療評估表格的設計、格式及內容，以及釐清部門／機構之間的差異
- (a) 傷殘津貼的政策原意是為嚴重殘疾人士(即大致相等於喪失 100%賺取收入能力的情況)提供若干經濟援助，以協助他們應付其因該等殘疾情況而引致的特別需要，因此無須考慮其社會和財務狀況或實際就業能力。
 - (b) 暫無計劃為傷殘津貼重新命名(例如把「普通傷殘津貼」改為「嚴重傷殘津貼」，而「高額傷殘津貼」改為「高額嚴重傷殘津貼」)，但會加強宣傳及解釋現行傷殘津貼的政策目的及審批準則。
 - (c) 沒有必要就病人是否屬「嚴重殘疾」而進行綜合專業評估，因為傷殘津貼的資格是根據醫生對申請人身體機能的醫療評估，與申請人的社會和經濟狀況或實際就業能力無關。
 - (d) 於醫療評估中採用分級制度，在執行方面存在技術困難，因現時本港並無劃一的分級制。
 - (e) 在使用復康器材或藥物方面，醫生會按病人在診症時的表現評估其身體機能狀況，即不論是否使用復康或機械器材或藥物作輔助。
 - (f) 醫生是根據殘疾的性質／程度，而非疾病／損傷／變形的種類，評估申請人／受惠人的殘疾是否符合傷殘津貼計劃的涵義，因此，並無必要制備一份全面清單，開列等同嚴重殘疾的疾病。
 - (g) 修改現有醫療評估表格／檢視清單的設計和內容，以改善記錄及編排資料的方法，以及方便醫生參閱：
 - (1) 將檢視清單納入醫療評估表格內，而不需使用兩份不同的文件。

- (2) 將「嚴重殘疾」視作醫療評估的重點，而不是申領普通傷殘津貼／高額傷殘津貼的資格。
- (3) 修訂醫療評估表格的措辭，以便醫生為兒童作醫療評估時使用。
- (4) 在醫療評估表格上提供專欄供社會福利署(下稱“社署”)社會保障辦事處人員提交申請人過往的醫療評估記錄，供醫生參考。
- (5) 社會保障辦事處人員將需要在醫療評估表格上劃去無須醫生填寫的部分。
- (6) 在評估有「其他身體及精神狀況(包括器官殘障)」的病人時，刪除有關評估病人是否有能力「從事原有的職業及擔任其他任何適合的工作」的準則，以避免誤解，及出現評估不一致的情況。此外，醫生如認為病人屬嚴重殘疾，則必須在三個符合資格的條件中，選出一個或以上適用於該名病人的條件，加上「✓」標示；醫生如認為病人不屬於嚴重殘疾，則須確認該名病人並不具備這三個符合資格的條件的任何一個。
- (7) 刪除原本用來評估病人「表達自己、與別人溝通和互動」的能力的例子，因有關例子不能涵蓋所有情況，而引用有關例子可能會令醫生有不同的演繹；另外，加入「維持認知能力(對時地人的定向、專注力、集中力、記憶、判斷力、思維、學習能力等)，維持情緒控制和一般社交行爲」的字眼，以便評估病人的認知能力、情緒控制和一般社交行爲。
- (8) 醫生如對病人的評估由「需要他人不斷照顧」改為「不需要他人不斷照顧」，以及由「永久傷殘」改為「非永久傷殘」，必須提供理由。

II. 安排定期查核個案

不同申請人可能因殘疾病類以外的其他因素(例如年齡、殘疾程度及康復進度等)，令醫療評估結果不一致。安排

抽查及定期查核個案難以找出有類同殘疾的不同人士在評估方面的不一致之處。然而，為加強各部門／機構之間的協調及溝通，下文第(VI)(a)項已建議增設周年會議，檢討運作及處理其他實務問題。

III. 修訂員工指引，釐清部門／機構的角色

- (a) 工作小組為社會保障辦事處人員、醫務社會工作者及醫生制訂一套內部指引及相關表格，以清楚說明處理申請及上訴的工作流程，並釐清過程中各方的有關職責：
- (1) 醫生須按傷殘津貼計劃的準則，就申請人的殘疾情況進行醫療評估；社會保障辦事處人員負責根據醫療評估的結果及其他申領準則，決定申請人是否符合資格申領傷殘津貼；而醫務社會工作者則負責協助協調和聯絡工作。
 - (2) 社署人員會在申請人提出申請時，進一步改善資料的發放，包括向申請人解釋發放傷殘津貼的政策目的和申領準則，以及其他社會保障福利(例如綜合社會保障援助)／康復服務。社署會修訂／製作有關的小冊子及宣傳品。
 - (3) 制訂載有主要核對項目的核對表及標準轉介便箋，以助社會保障辦事處人員查核醫療評估欠妥善和不一致之處，並要求醫生澄清。雙方（社會保障辦事處及醫生）會以書面作出澄清，而有關的標準便箋則會由負責督導有關社會保障助理的二級社會保障主任或以上簽署。
- (b) 社會保障辦事處現時處理申請的員工級別(即社會保障助理職級負責調查工作，而社會保障主任職級則負責審查和批核有關申請)屬適當。
- (c) 為澄清上文第(III)(a)(3)項，醫生可直接聯絡社會保障辦事處。無須為醫生提供專門熱線服務。

IV. 修訂發給申請人的通知信，說明不批出傷殘津貼的原因

- (a) 為提高透明度，如申請人根據「其他身體及精神狀況，包括器官殘障」獲評估，會在發給申請人的通知信加上句子，說明申請人不符合傷殘津貼所指的「嚴重殘疾」中的有關三個條件；但難以提供有系統地編纂的不符合資格原因。

V. 修訂醫療評估委員會及社會保障上訴委員會的評估表格，以記錄審議內容及考慮因素

- (a) 就上訴而言，按照經修訂的醫療評估表格，相應修訂醫療評估委員會的評估表格，並提供空白地方讓醫療評估委員會記錄其審議內容。
- (b) 按照經修訂的發給申請人通知信，相應修訂社會保障上訴委員會的通知信。

VI. 持續溝通及員工培訓

- (a) 增設周年會議，加強社署、醫院管理局及衛生署之間的協調及溝通，以檢討運作及處理其他實務問題。
- (b) 加強為相關部門和專業的人員舉辦的簡介會和培訓。

公共福利金計劃

便 箋

發文人： 社會福利署
社會保障辦事處主任

受 文 人： _____ *醫院／診所
主診醫生
(經 *醫務社會服務部／醫療紀錄部／指
定人士)

檔 號： _____
電 話： _____
日 期： _____

來文檔號： _____
日 期： _____

有關： _____ *先生／女士
*香港身份證／出生證明書號碼： _____ 年齡： _____
地址： _____ 電話號碼： _____
*醫院／診所： _____ 檔號： _____
下次覆診日期： _____ *專科／病房： _____

上述人士聲稱患有 _____ (疾病、損傷或變形)，並已申請公共福利金計劃下的傷殘津貼。*他／她已允許本署進行醫療查詢。

2. 有關上述人士的傷殘津貼*及／或醫療記錄的已有資料如下：

- 新申請
- 普通傷殘津貼的現有受惠人
- 高額傷殘津貼的現有受惠人

3. 最近一份醫療評估報告^的副本*現隨本便箋附上／無法提供／並不適用。

4. 請填寫本表格後頁各有關欄目，並於 _____ 或之前，把填妥表格的正本交回下開簽署人。
如需電話商談，請致電與下開簽署人聯絡，或致電 _____ 與 _____ *先生／女士聯絡。

簽署： _____
姓名： _____ 代行
(請以正楷填寫)
社會保障辦事處主任

(只適用於新申請個案)	
發文人： _____ *醫院／診所 醫務社會工作者	受 文 人： 社會福利署 社會保障辦事處主任
檔 號： _____	來文檔號： _____
電 話： _____	日 期： _____
日 期： _____	

有關： _____ *先生／女士
*香港身份證／出生證明書號碼： _____ 年齡： _____
地址： _____ 電話號碼： _____
醫院／診所： _____ 檔號： _____

上述人士已申請公共福利金計劃下的傷殘津貼。

2. 現付上上述人士的醫療報告(見後頁)，並補充資料如下： _____

(正式印章)

_____ *醫院／診所
醫務社會工作者簽署： _____
姓名： _____
(請以正楷填寫)

^ 最近一份醫療評估報告指：(i) 以仍然生效的傷殘津貼個案而言，即最近一份證明申請人患有嚴重殘疾的醫療評估報告；或 (ii) 以先前未符合傷殘津貼申請資格而重新申請傷殘津貼的個案而言，即最近一份證明申請人並非患有嚴重殘疾的醫療評估報告，而評估日期為現有申請日期前的一年內。

* 請刪去不適用者。

本表格只設英文版
此中文譯本僅供參考之用
如有歧義概以英文版為準

便 箋

發文人： *醫院／診所主診醫生

受 文 人： 社會福利署

社會保障辦事處主任

檔 號： _____

(經 *醫務社會服務部／醫療紀錄部／指定人士)

電 話： _____

來文檔號： _____

日 期： _____

日 期： _____

公共福利金計劃
醫療評估表格

有關： _____ *先生／女士 香港身份證／
出生證明書號碼： _____ 社會保障辦事處
個案編號： _____ (資料由社會保障辦事處填寫)

在進行醫療評估時，請參閱載於隨文便箋第 1 至 3 段所提供的病人資料。
請在下列適當的方格內加上“✓”號及在線上空白地方填妥有關資料：

(I) 殘疾性質／程度

請按照適用的情況填寫(A)部或(B)部

(A) 適用於**嚴重殘疾****的病人

病人的情況如下：

- (i) 喪失二肢的功能
- (ii) 喪失雙手或雙手的拇指和所有手指的功能
- (iii) 喪失雙腳的功能
- (iv) 完全失明
- (v) 全身癱瘓（四肢癱瘓）
- (vi) 下身癱瘓
- (vii) 因疾病、損傷或變形而導致長期臥床
- (viii) 因任何下文所註明的其他身體或精神狀況（包括器官殘障）而導致完全殘疾：

病人患有 _____ (疾病、損傷或變形)
，造成嚴重殘疾，以致該名病人與其他同齡人士比較，該名病人在進行下列**最少一項或多項**日常活動時，受到甚大限制、或並無能力或不能自主進行下列日常活動，極為需要依賴他人的協助：
 (1) 自我照顧及處理個人衛生，例如進食、穿衣、整理儀容、如廁及／或沐浴（如有需要，請詳細說明）

(2) 在日常活動中需要站立或坐下時，可維持個人的姿勢及平衡，在室內轉換位置（床／椅、地面／椅、如廁），前往診所、學校、工作地點（如有需要，請詳細說明）

(3) 表達自己、與別人溝通和互動、維持認知能力（對時地人的定向、專注力、集中力、記憶、判斷力、思維、學習能力等）、維持情緒控制和一般社交行為@（如有需要，請詳細說明）

需要經常護理的評估

不需要經常護理

需要經常護理

在上文(A)部被評估為患有嚴重殘疾並且需要經常護理的病人，請同時填妥「需要經常護理人士補充醫療評估表格（公共福利金計劃）」，以供評估其高額傷殘津貼的申請資格。

如病人現時被評估為「不需要經常護理」，但在上一次醫療評估中卻被評估為「需要經常護理」（例如是高額傷殘津貼的現有受惠人），請說明原因（見隨文便箋的第 2 段）
原因： _____

社會保障辦事處：如病人未有在上一次評估中被評為「需要經常護理」，請刪去此項。

@ 「維持情緒控制和一般社交行為」的定義是以醫療診斷系統（例如國際衛生組織的「疾病及相關健康問題的國際統計分類」第 10 版（ICD-10））為依據。

本表格只設英文版
此中文譯本僅供參考之用
如有歧義概以英文版為準

有關： _____ *先生/女士 香港身份證/ 社會保障辦事處
出生證明書號碼： _____ 個案編號： _____ (資料由社會保障辦事處填寫)

(B) 適用於並非嚴重殘疾的病人**

- 病人患有 _____ (疾病、損傷或變形)
，但沒有造成嚴重殘疾。*他/她不屬於第(I)(A)(i)至(vii)項所列的情況，而*他/她的情况不會導致第
(I)(A)(viii)(1)至(3)項的完全殘疾。

(註)： _____

[請跳往第(III)項]

(II) 殘疾情況的持續時間〔適用於上文第(I)(A)項〕

第(I)(A)項所述的情況可能會*由申請日期/由最近一份醫療證明的屆滿日期起計，即 _____ (日期由社會保障
辦事處或醫務社會服務部填寫)，持續：

- 少於 6 個月 _____ (見***) 2 年以上至 3 年
(請述明月數) 3 年至 _____ 年 (請述明)
 6 個月 直至並包括 _____ 歲 (請述明以供兒童體能智力測驗服務之用)
 6 個月以上至 12 個月 至永久
 1 年以上至 2 年

如病人在上一次醫療評估中被證明為永久殘疾，但現時建議殘疾情況的持續時間列為非永久，請說明原因

- 由較低的照顧水平 (普通傷殘津貼) 轉為需要經常護理的水平 (高額傷殘津貼)，需再進行覆檢
 其他原因，請述明 _____

社會保障辦事處：如病人未有在上一次評估中被評為「永久殘疾」，請刪去此項。

(III) 就申請公共福利金計劃/綜合社會保障援助計劃而言，病人的精神狀況是否適宜作出聲明

- 病人的精神狀況適宜作出聲明 病人的精神狀況不適宜作出聲明

社會保障辦事處：如不適用，請刪去此項。(例如並沒有懷疑病人患有精神上的疾病或癱瘓症)

(IV) 醫生的其他意見 (請於適當情況下提供一些有關病人的身體評估結果和支持證明，以幫助其他醫生日後為病人進行評估。)

正式印章

醫生簽署

姓名 (請以正楷填寫)

日期

* 請刪去不適用者。

** 一名人士如根據《僱員補償條例》(第 282 章)附表 1 的準則，其殘疾程度大致相等於喪失 100% 賺取收入能力，即被視為本計劃所指的嚴重殘疾人士，但為施行本計劃，第 282 章所述的「永久」元素，並不包括在第(I)(A)項中的(vii)和(viii)項內。

*** 就新申請而言，倘若在第(I)(A)部註明的病人殘疾情況預期持續少於 6 個月，則該名病人將不符合領取傷殘津貼的資格。

本表格只設英文版
此中文譯本僅供參考之用
如有歧義概以英文版為準

有關： _____ *先生/女士 香港身份證/ 社會保障辦事處
出生證明書號碼： _____ 個案編號： _____ (資料由社會保障辦事處填寫)

需要經常護理人士補充醫療評估表格 (公共福利金計劃)

經證明需要經常護理的病人將符合資格領取較高金額的傷殘津貼，金額為公共福利金計劃下普通金額的兩倍。

除非病人屬嚴重殘疾**，並且需要他人給予以下照顧，否則不用填寫此表格：

就年滿 18 歲的病人而言

- 病人因身體機能情況 (如完全臥床、四肢癱瘓等) 而在日間需要經常照顧，並且在晚間需要長時間或多次照顧；
- 或
- 需要持續監管，以免病人傷害自己或他人，例如嚴重癡呆/智障的病人等；

就未滿 18 歲的病人而言

- 因其身體機能情況 (如完全臥床、四肢癱瘓等) 而與一般同齡的人相比，在日間需要照顧的次數大幅增多，並且在晚間需要長時間或多次照顧；
- 或
- 需要持續照顧和監管的程度遠超出一般同齡的人，以免病人傷害自己或他人，例如不受控制的過度活躍症或智障的病人等。

(正式印章)

_____ *醫院/診所
醫生簽署： _____
姓名： _____
(請以正楷填寫)
日期： _____

* 請刪去不適用者

** 一名人士如根據《僱員補償條例》(第 282 章)附表 1 的準則，其殘疾程度大致相等於喪失 100% 賺取收入能力，即被視為本計劃所指的嚴重殘疾人士，但為施行本計劃，第 282 章所述的「永久」元素，並不包括在第(I)(A)項中的(vii)和(viii)項內。