

主辦：



協康會
HEEP HONG SOCIETY

贊助：



攜手扶弱基金
PARTNERSHIP FUND
FOR THE DISADVANTAGED

物理治療專業服務-水療小組訓練

樂水·適游

肢體弱能及自閉兒童支援計劃

水深 70 至
120 厘米，
水溫為攝氏
32 至 34 度，
並經氯氣消毒

物理治療師運用腦神經發展治療策略，針對兒童於覺醒度、感知、肌能、平衡、協調、動作學習、聆聽理解指令和社交互動的需要，透過水的特性、不同的治療方法和設計特別的活動，提升兒童的體能、自信心和學習能力。

日期：星期二組別：7/1/20 – 31/3/20 *28/1/20 暫停

星期五組別：10/1/20 – 17/4/20 *24/1/20、31/1/20 及 10/4/20 暫停

時間：每堂 1 小時(包括訓練前的預備、小組訓練、沐浴更衣)

內容：按兒童/青年的能力編配到合適的水療組別，每組別有其特定的訓練目標

形式：每班 4 名兒童/青年，每名兒童/青年由一位家長或照顧者下水陪同訓練

*如照顧者未能下水，兒童/青年不能進行水療訓練

地點：協康會大口環綜合服務大樓，物理治療，室內溫水療池

對象：1) 已確診為自閉症或肢體弱能的 2 歲半至 18 歲兒童/青年及其家長 及
2) 低收入或符合本計劃申請條件的家庭，詳情見〈基金申請須知〉

收費：HK\$1275/HK\$2550/免費(視乎申請人家庭入息狀況而定)

*請於第一節水療訓練的 3 星期前繳費，否則會被安排到輪候名單

導師：協康會物理治療師

報名

請填妥報名表及水療問卷，連同身份證明文件及入息證明文件直接遞交或郵寄至「香港薄扶林大口環道 19 號協康會綜合服務大樓 7 樓 – 賽馬會青蔥樂園暨家長資源中心」

【如申請人為本會學童，可將有關表格直接交回所屬中心。】

查詢

3158-8333

(陳姑娘 或 袁姑娘)



協康會



物理治療專業服務-水療小組訓練

樂水・適游 — 肢體弱能及自閉症兒童支援計劃

(由攜手扶弱基金贊助)

物理治療師運用腦神經發展治療策略，針對兒童於覺醒度、感知、肌能、平衡、協調、動作學習、聆聽理解指令和社交互動的需要，透過水的特性、不同的治療方法和設計特別的活動，提升兒童的體能、自信心和學習能力。

日期：一期共 12 堂

星期二組別：7/1/20 – 31/3/20 *28/1/20 暫停

星期五組別：10/1/20 – 17/4/20 *24/1/20、31/1/20 及 10/4/20 暫停

時間：1 小時(包括訓練前的預備、小組訓練、沐浴更衣)

內容：按兒童的能力編配到合適的水療組別，每組別有其特定的訓練目標

形式：每班 4 名兒童，每名兒童由一位家長或照顧者下水陪同訓練

*如照顧者未能下水，兒童/青年不能進行水療訓練

地點：協康會大口環綜合服務大樓，物理治療部，室內溫水療池

水療池資料：水深 70 至 120 厘米，水溫為攝氏 32 至 34 度，並經氯氣消毒

對象：1) 註冊醫生確診為自閉症或肢體弱能的 2 歲半至 18 歲兒童/青年及其家長（兒童/青年 及 家長/照顧者均須沒有水療禁忌症，請參考附頁須知）

及

2) 低收入或符合本計劃申請條件的家庭，詳情見<基金申請須知>

導師：協康會物理治療師

費用：港幣\$0 / \$1275 / \$2550 (視乎申請人家庭入息狀況而定)

*請於第一節水療訓練的 3 星期前繳費，否則會被安排到輪候名單

報名流程：

1) 請填妥報名表及水療問卷，連同身份證明文件及入息證明文件直接遞交或郵寄至：香港薄扶林大口環道 19 號協康會綜合服務大樓 7 樓 – 賽馬會青蔥樂園暨家長資源中心 (不接受以電郵或傳真方式遞交申請)

【如申請人為本會學童，可將有關表格直接交回所屬中心。】

2) 申請人遞交所有證明文件後，中心會致電通知成功申請者之審批結果

查詢：3158 8333 (陳姑娘或袁姑娘)

物理治療專業服務-水療小組訓練

樂水・適游 — 肢體弱能及自閉症兒童支援計劃

(由攜手扶弱基金贊助)

基金申請須知

申請程序：

- 申請人於填寫申請表格時必須同時提交以下證明文件：

(i) 申請人及同住家庭成員的身份證明文件

(ii) 申請人及同住家庭成員的入息證明文件 (詳見下列圖表)

	符合申請資格內容	申請者必須提供以下入息證明文件
類別一	領取家庭綜合援助金	- 醫療轄免費用證明文件 或 - 書薄津貼證明文件 或 - 最近領取家庭綜合援助金審批信件
類別二	低於家庭住戶每月收入中位數	受僱人士： - 銀行紀錄（顯示最近最少三個月內的賬目紀錄） 或 - 薪俸證明 或 - 入息證明 或
類別三	高於家庭住戶每月收入中位數，但低於兩倍的家庭住戶每月收入中位數	其他收入的證明文件 自僱人士： - 收入證明 或 - 其他有關收入的證明文件 或 - 填妥所須的收入證明書/聲明書 無業人士： - 填妥所須的收入聲明書

- 如申請人為自僱人士，請填寫會方提供的收入證明書/聲明書；如申請人為無業人士請填妥會方提供的收入聲明書。
- 本會將根據申請人遞交申請表的日子，參照政府最新的家庭住戶每月收入中位數作審批參考。
- 申請人必須如實申報家庭收入，本會保留最終批核基金之決定權。
- 由於此水療小組為社會福利署攜手扶幼基金贊助，故有關小組均須拍照作文件紀錄。

物理治療專業服務-水療小組訓練

樂水・適游 — 肢體弱能及自閉症兒童支援計劃

(由攜手扶弱基金贊助)

家長須知

1. 為保障兒童及其他參加者的安全和衛生，參加者如有以下水療禁忌症情況，均不適宜下水：

陪同下水的成人	參加活動的兒童
● 血壓高／血壓低 ● 呼吸系統疾病（如：肺病） ● 心臟病／血管毛病 ● 傳染性皮膚病 ● 羊癇症 ● 傷口 ● 眼睛／耳發炎 ● 懷孕 ● 畏水 ● 性病 ● 尿道炎 ● 腎衰竭 ● 六個星期內曾接受放射治療 ● 身體不適 ● 發燒 ● 昏暈	● 呼吸系統疾病（如：肺炎、咳嗽） ● 發燒 ● 傳染性皮膚病 ● 傷口 ● 眼睛／耳發炎 ● 嘔吐 ● 大小便失禁 ● 其他特別身體問題（如：羊癇症、心臟病） ● 腸胃不適 ● 身體不適

(如有疑問，請向負責物理治療師查詢)

2. 如參加者有以上情況而強行下水，治療師有權拒絕。若參加者隱瞞身體情況，而在活動期間發生意外，參加者需自行負責一切後果。
3. 參加者的申請審批或繳費後不可換人或取消報名。若本會因本身理由而將活動延期或取消，致令參加者未能出席，中心將另行通知有關安排。但若參加者因個人理由退出或缺席部份堂數，則所繳費用恕不退還，亦恕未能補堂。
4. 請家長水療前先帶兒童往洗手間，亦避免兒童吃過量食物，以免兒童在水池意外嘔吐或便溺，否則將向有關家長徵收清洗水療池費用\$3500。
5. 如兒童未能以語言表達如廁需要，請家長自備防水尿片供兒童穿上進行水療活動，未有穿上防水尿片的兒童不得進入水療池。
6. 請自備泳衣、泳鏡、沐浴露、洗頭水及大毛巾。
7. 請提前 5 至 10 分鐘到達水療室更衣及作準備。
8. 請自行保管財物。



協康會

申請者編號：_____

申請日期：_____

物理治療專業服務-水療小組訓練

樂水・適游 — 肢體弱能及自閉症兒童支援計劃 報名表

(由攜手扶弱基金贊助)



I. 申請者資料

申請者姓名(家長)：(中文) _____ (英文) _____

香港身份證號碼：_____ 電郵：_____

聯絡電話：(住宅) _____ (手提) _____

居住地址：_____

接受水療服務之兒童/青年姓名：(中文) _____ (英文) _____

與申請者關係：_____ 性別：_____ 兒童/青年出生日期：_____

同住家庭人數：_____ 同住家庭成員每月總收入：_____

希望提供服務之時段的優先次序(1 為最理想之時段)：

☐ 星期二上午 ☐ 星期二下午 ☐ 星期五上午

就讀學校／中心：_____ 兒童/青年診斷：_____

*會按水療問卷內容編配組別，小組訓練期間物理治療師可按兒童的能力調配組別

陪同出席照顧者姓名／與兒童關係：_____ / _____

II. 申請減費資料

1. 請在適當☐格內加上“✓”號以示申請減費類別 (所有資料，只供審批用途，絕對保密)

☐ 類別一：綜援家庭 (需提交有效之綜援批核文件，有效期至_____)

☐ 類別二：低於家庭住戶每月收入中位數 (需提交家庭入息及房屋開支證明)

☐ 類別三：高於家庭住戶每月收入中位數，但低於兩倍的家庭住戶每月收入中位數 (需提交家庭入息及房屋開支證明)

III. 申請人聲明

本人(中文姓名)_____ (英文姓名)_____ 謹此聲明：

1. 以上提供的所有資料及證明文件全部確實無誤
2. 本人明白審批後，只適用於水療小組
3. 本人明白每位兒童每年只可申請基金資助一次
4. 本人明白若有任何爭議，一切以協康會之最終決定為準

申請人簽署：_____

日期：_____

填妥申請表後提交予所屬中心 / 賽馬會青蔥樂園暨家長資源中心

協康會物理治療部
水療問卷

兒童姓名: _____

出生日期: _____

性別: 男 / 女 *

診斷結果: _____

請於以下 ☐ 內加上✓表示 貴子女現在或最近的表現及身體狀況:

(一) 從前水中活動的經驗:

- ☐ 沒有玩水經驗
- ☐ 游泳池 (不喜歡/接受/喜歡) *
- ☐ 嬉水池 (不喜歡/接受/喜歡) *
- ☐ 海灘 (不喜歡/接受/喜歡) * *刪去不適用的

(二) 禁忌:

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ 患有癲癇症 | ☐ 兒童表示如廁需要 (語言/手勢/未能表示) * |
| ☐ 心臟病 | ☐ 未能控制大便或小便 |
| ☐ 有氣管造口 | (請繼續於以下 ☐ 內✓符合 貴子女的表現) |
| ☐ 皮膚炎 | ☐ 但能於慣性時間去大小便 |
| ☐ 耳朵發炎 | ☐ 平常的大便不會像肚瀉的狀態 |
| ☐ 其他: _____ | ☐ 成人請兒童去小便時, 能成功完成小便 |

(三) 進入水池的經驗:

- ☐ 抗拒進水, 表現怕水
- ☐ 成人扶抱下進水, 表現猶豫或少許掙扎
- ☐ 自行進入水池

(四) 水中適應:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 接受濕臉 | ☐ 接受口觸水 |
| ☐ 接受濕頭 | ☐ 能浸口、鼻和眼在水中 |
| ☐ 容許倒水到頭上 | ☐ 能在水中張開眼睛 |
| ☐ 接受下巴觸水面 | (戴潛水鏡/不戴潛水鏡) * |
| ☐ 接受耳朵觸水 | |

(五) 呼吸控制:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ 在水面吹泡泡 | ☐ 面部浸入水中閉氣三秒 |
| ☐ 口浸在水中吹泡泡 | ☐ 水底下探索 |
| ☐ 口和鼻浸在水中吹泡泡 | ☐ 拾回水底的物 |

(六) 姿勢控制及游泳技巧：

- ☐ 成人扶持或浮具協助下，接受仰浮在水中
- ☐ 成人扶持或浮具協助下，接受俯浮在水中
- ☐ 自行仰浮三秒
- ☐ 自行俯浮三秒
- ☐ 使用浮具下俯浮踢水前進五呎
- ☐ 使用浮具下俯浮踢水及手划水前進五呎
- ☐ 使用浮具下仰浮踢水前進五呎
- ☐ 潛水向前八呎
- ☐ 背泳
- ☐ 仰泳
- ☐ 蛙泳
- ☐ 自由式游

(七) 認知理解 - 跟隨指導：

- ☐ 經常跟從
- ☐ 大部分時間跟從
- ☐ 間中跟從，需多次重覆教導
- ☐ 較少時間跟從，需成人協助下完成活動

(八) 社交情緒：

- | | | | |
|------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| 專注力 | ☐ 良好 | ☐ 一般 | ☐ 短暫 |
| 情緒 | ☐ 穩定 | ☐ 間中穩定 | ☐ 較短時間穩定 |
| 行為 | ☐ 合宜 | ☐ 間中不合作 | ☐ 大部分時間需要成人教導 |
| 社交互動 | ☐ 合宜 | ☐ 間中合宜 | ☐ 大部分時間需要成人教導 |

(九) 父母的目標：

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 注意力 | ☐ 體能 |
| ☐ 模仿能力 | ☐ 平衡力 |
| ☐ 姿勢控制 | ☐ 協調 |
| ☐ 感知肌動能力 | ☐ 組織能力和執行能力 |
| ☐ 情緒控制 | ☐ 游泳技巧 |
| ☐ 社交 | |

申請人簽署：_____

申請日期：_____

協康會賽馬會青蔥樂園暨家長資源中心

收入證明書

兒童姓名：_____

茲證明_____ (香港身份證號碼：_____) 為本公司職員。現
職_____。其最近 12 個月期間(年 月至 年 月)
之薪金、津貼及其他收入每月為港幣_____。

僱主簽署及公司印章

聯絡電話

日期

備註：

1. 此證明只適用於受薪行業而沒法提出糧單、稅單、領取薪金的銀行自動轉帳紀錄或其他收入證明人士，但不適用於獨立或合資經營業務人士。
2. 以上資料需由僱主填寫。請填寫該職員最近 12 個月期間之每月平均收入(包括僱員公積金或強積金供款)。如有塗改，請僱主在旁加簽。

Income Certificate

Name of Child: _____

This is to certify that _____ (HKID No.: _____) is employed
as the position _____ in this company. His average monthly salary
and allowance and other income during the recent 12 months (i.e. period from
_____mm/yy to _____mm/yy) is HK\$_____per month.

Signature of Employer
with Company Chop

Contact Tel. No.

Date

Remark:

1. This certificate is only for those who are employed but cannot produce salary statement, taxation documents, bank statement showing payment of salary or partner of partnership business.
2. The above information should be completed by Employer. Please provide the average monthly income of the staff during the recent 12 months. Employer's initial is required against any amendment.

協康會賽馬會青蔥樂園暨家長資源中心
收入聲明書 Self-Declared Income Statement

注意 Note:

A. 此聲明書只適用於沒法提供任何收入證明的人士

This statement is only for those who cannot provide any income proofs.

B. 自僱人士、獨資經營人士或合夥業務的合夥人，需遞交上年財政年度營業損益表或稅單

Self-employed person, sole proprietor or partner of partnership business should forward a Profit & Loss Account or taxation documents of the last financial year.

(a.) 兒童姓名

Name of Child: _____

(b.) 申請人姓名

Name of Applicant: _____

身份證號碼

ID No.: _____

(c.) 工作行業

Nature of Industry: _____

職位

Position: _____

(d.) 收入 Income:

請列出最近 12 個月之收入(如該月份沒有收入，請填上\$0，切勿漏空任何月份)

Please state your income in the recent 12 months (If you do not have any income in a specific month, please fill in \$0. Do not leave any month blank.)

____年 1 月 Jan _____		____年 2 月 Feb _____		____年 3 月 Mar _____	
____年 4 月 Apr _____		____年 5 月 May _____		____年 6 月 Jun _____	
____年 7 月 Jul _____		____年 8 月 Aug _____		____年 9 月 Sep _____	
____年 10 月 Oct _____		____年 11 月 Nov _____		____年 12 月 Dec _____	

全年收入合共：

Total annual income: _____

平均每月收入：

Average monthly income: _____

(e.) 未能提供收入證明文件的原因 Reason for not being able to provide income proof:

☐ 沒有固定僱主 No fixed employer

☐ 前受僱的公司已倒閉，未能向前僱主索取證明文件

The company I worked for was closed down and I count obtain documentary proof from the ex-employer

☐ 其他，請註明 Others please specify: _____

(f.) 聲明：本人謹此聲明，以上資料均正確屬實。

Declaration: I declare that the above information provided is true and complete.

申請人簽名

Signature of Applicant: _____

日期

Date: _____