



澳華療養院基金有限公司
AUSTRALIAN NURSING HOME FOUNDATION LIMITED

OFFICE USE ONLY	
Application No. _____	Received & checked by: Date: _____
Doc sighted _____	
ID sighted _____	
Interviewed _____	
Category 1 / 2 / 3	
Housed by _____	
Tenanted _____	

保 密 CONFIDENTIAL

有意申請入住錢梁秀容頤康苑
Expression of Interest in Applying for Lucy Chieng Gardens Residence

413-425 Beamish Street Campsie NSW 2194
Tel: (02) 9784 0888 Fax : (02) 9784 0800

第一部分 PART 1: 個人資料 PERSONAL DETAILS

申請人 Applicant		聯名申請人 Joint Applicant	
名字 First Name		名字 First Name	
姓氏 Surname		姓氏 Surname	
中文姓名 Chinese Name		中文姓名 Chinese Name	
先生 Mr <input type="checkbox"/> 太太 Mrs <input type="checkbox"/> 小姐 Miss <input type="checkbox"/> 女士 Ms <input type="checkbox"/>		先生 Mr <input type="checkbox"/> 太太 Mrs <input type="checkbox"/> 小姐 Miss <input type="checkbox"/> 女士 Ms <input type="checkbox"/>	
出生日期 Date of Birth	____/____/____	出生日期 Date of Birth	____/____/____
出生地點 Country of Birth		出生地點 Country of Birth	
籍貫 Place of Origin		籍貫 Place of Origin	
何年抵澳 Year of Arrival		何年抵澳 Year of Arrival	
國籍 Residency Status	永居 PR <input type="checkbox"/> / 公民 Citizen <input type="checkbox"/> / 其他 Other _____	國籍 Residency Status	永居 PR <input type="checkbox"/> / 公民 Citizen <input type="checkbox"/> / 其他 Other _____

現時地址 Current Address			
聯絡地址 Contact Address (如不同 if different)			
電話號碼 Telephone No.	手提 Mobile		
傳真號碼 Fax No.	電郵 Email		
語言 Language	<input type="checkbox"/> 廣東話 Cantonese	<input type="checkbox"/> 國語 Mandarin	<input type="checkbox"/> 英語 English <input type="checkbox"/> 其他 Other _____

1. Please give details of the person who will live with you if you are housed.

名字 First Name	姓氏 Surname	出生日期 Date of Birth	男 Male / 女 Female	關係 Relationship
		____/____/____		

2. Please describe the factors which indicate that you experience social or economic disadvantage when looking for housing:

第二部分 PART 2: 負責人 PERSON RESPONSIBLE

名字 First Name		名字 First Name	
姓氏 Surname		姓氏 Surname	
中文姓名 Chinese Name		中文姓名 Chinese Name	
先生 Mr <input type="checkbox"/> 太太 Mrs <input type="checkbox"/> 小姐 Miss <input type="checkbox"/> 女士 Ms <input type="checkbox"/>		先生 Mr <input type="checkbox"/> 太太 Mrs <input type="checkbox"/> 小姐 Miss <input type="checkbox"/> 女士 Ms <input type="checkbox"/>	
關係 Relationship		關係 Relationship	
地址 Address		地址 Address	
住宅電話 Home No.		住宅電話 Home No.	
辦公電話 Work No.		辦公電話 Work No.	
手提 Mobile		手提 Mobile	
電郵 Email		電郵 Email	

第三部分 PART 3: 收入來源 SOURCE OF INCOME

呈報家庭成員之收入狀況 Report the income of each member of your household.

3. 閣下主要收入來源及每位家庭成員之收入狀況。(如不適用請填上 NA)

What is the main source and how much of income for each of the members of your household? (Please put NA if not applicable)

	閣下 You	伴侶/聯名申請人 Partner/Joint Applicant
養老金 Pension		
其他收入 Other income (每月金額約數 approx monthly amount)		
總計 TOTAL		

第四部分 PART 4: 健康資料 HEALTH INFORMATION

醫療保健卡號碼 Medicare No.		私人醫療保險 Private Health Insurance	是 Yes <input type="checkbox"/> 公司 Company _____ 會員號碼 Membership No. _____
吸煙 Smoking	是 Yes <input type="checkbox"/> 否 No <input type="checkbox"/>		否 No <input type="checkbox"/>

4. 請告知閣下健康狀況 Please report any health conditions you have:

5. 請提供閣下家庭醫生資料 Please give details of your general practitioner:

名 First Name		傳真號碼 Fax No.	
姓氏 Surname		手提 Mobile	
辦公電話 Work No.		電郵 Email	
地址 Address			

第五部分 PART 5: 住房參考 HOUSING REFERENCES

6. 就住房分配安排, 閣下有何特別需要及注意事項 Do you have any special needs and attention in related to your accommodation arrangement?

第六部分 PART 6: 鑒定人 REFEREES

名字 First Name		名 First Name	
姓氏 Surname		姓氏 Surname	
關係 Relationship		關係 Relationship	
住宅電話 Home No.		住宅電話 Home No.	
辦公電話 Work No.		辦公電話 Work No.	
手提 Mobile		手提 Mobile	

聲明 Declaration:

本人 _____ 謹此聲明本人已閱讀及明白一切由澳華療養院基金有限公司所提供的資料。本人願意履行一切租戶角色及義務, 以及遵守本基金所訂立的規則和條款。本人在申請表內一切所提供資料是完整和真確。本人明白如提交任何虛假資料或偽造證明, 本人申請或住宿資格將被取消。本人明白如在輪候期間有任何個人情況或資料改變立即通知本基金管理層。本人明白及授權對澳華療養院基金有限公司之輪選委員會分享一切表格資料對頤康苑和其他高齡服務作評核之用。

如欲將來收到有關澳華療養院基金高齡服務資料請於方格內加 , 該資料或可以協助閣下將來申請所需要的高齡服務。

I _____ hereby declare that I have read and understood the information provided by ANHF Ltd. I will fulfill all tenant's roles and responsibilities and abide by the rules and regulations set by ANHF Ltd. The information provided by me in this form are complete and true. I understand that any untrue information or falsified evidence submitted by me will lead to the cancellation of this application and/or residency. I am aware that I need to notify ANHF Ltd management immediately of any changes in my circumstances or personal details during the waiting period. I understand and give consent to ANHF Ltd sharing the information on this form to Selection Committee for assessment to LCG and other aged care services.

Please check this box if you wish to receive any further information in the future from ANHF Ltd Aged Services that may be able to assist your aged care service arrangement/eligibly that may help satisfy your need(s).

申請人簽名 Applicant Signature : _____ 申請日期 Date of Application : _____