



東華三院健康理財家庭輔導中心
T.W.G.Hs Healthy Budgeting Family Debt Counselling Centre

電話號碼 Tel No.: 2548 0803

傳真號碼 Fax No.: 2884 0299

個案轉介表格 Case Referral Form

案主資料 Client's information

姓名 年齡 / 性別 身分證號碼
Name : _____ Age / Sex : _____ I.D. Number : _____

職業 方便聯絡時間
Occupation : _____ Available time for contact : _____

電話 (手提電話) (公司) (住宅)
Telephone : (Mobile) _____ (Office) _____ (Home) _____

地址
Address : _____

個案同意轉介 口頭同意 書面同意
Client's consent : Verbal consent Written consent

個案需要
Client's needs : _____

要求服務
Service requested : _____

備註
Remarks : _____

轉介資料 Referrer's Information

工作人員姓名 機構
Worker's Name: _____ Agency: _____

電話號碼 傳真 簽署 日期
Tel No. : _____ Fax No. : _____ Signature : _____ Date: _____

聯署(個案主任)姓名 簽署 日期
Countersign officer's name : _____ Signature: _____ Date: _____

轉介回覆 (健康理財家庭輔導中心專用) Referral Reply (For HBFDC Use Only)

負責個案社工姓名 聯絡電話
Responsible worker's name: _____ Contact number: _____

個案編號 日期
Case Number: _____ Date: _____