



CHILDREN'S KIDNEY FUND 兒童腎病基金

九龍旺角彌敦道 677 號旺角恆生銀行大廈 803 室
Room 803, Hang Seng Bank Mongkok Building, 677 Nathan Road, Mongkok, Kowloon
Tel : 2 3 6 9 4 9 2 8
Website: <http://www.childrenkidneyfund.org.hk>

『利妥昔單抗資助計劃』 Subsidy for Rituximab Treatment

資助申請表格 Application Form

請將填妥表格及主診醫生推薦信一併電郵至 info@childrenkidneyfund.org.hk。正本請郵寄至以上地址。
Please email the completed form together with recommendation letter from the case doctor to info@childrenkidneyfund.org.hk.
For hard copy applications, please send the documents to the captioned address by post.

1. 申請人（病童）資料

Information on Applicant (Patient)

姓名： (中)： _____ 性別： _____
Name Chinese _____ Sex _____
(英)： _____ 出生日期： _____
English _____ Date of Birth _____
出生證明書 / 身份證號碼* (請刪去不適用者)： _____
Birth Certificate / Identity Card No. * (Delete as Inappropriate) _____
居住地址： _____
Residential Address _____
電話： _____
Tel. No. _____

2. 申請人父母／監護人資料

Information on Parent / Guardian

姓名： (中)： _____ 性別： _____
Name Chinese _____ Sex _____
(英)： _____ 身份證號碼： _____
English _____ Identity Card No. _____
與申請人關係： _____
Relationship with Applicant _____
聯絡地址： _____
Contact Address _____
聯絡電話： (日) _____ (夜) _____
Tel. No. Daytime _____ Evening _____

3. 轉介醫生聲明

Declaration of Referring Doctor

申請人所患疾病：

Sickness of Applicant _____

以前有否接受兒童腎病基金資助？

Whether the Applicant has received subsidy from the Fund before?

有 Yes

沒有 No

如「有」，請詳述資助種類與受助時間：

If yes, please specify the type(s) and period(s) of subsidy _____

需要利妥昔單抗治療原因：

Reasons for requiring Rituximab
(Please ✓)

Nephrotic Syndrome :

Steroid Resistant / Steroid Dependent

Refractory Lupus Nephritis

以往曾用藥物：

Previous drug(s) used
(Please ✓)

Steroid

MMF

Cyclosporine A

FK506/Tacrolimus

Others (Please specify: _____)

以往利妥昔單抗治療紀錄：

Previous prescription of Rituximab

日期 Date: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____

劑量 Dosage: _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg _____ mg

茲證明上述申請人需接受利妥昔單抗治療，此次治療每次藥量為 _____ mg，共 _____ 次，推薦接受有關藥物費用資助。

This is to certify that the Applicant needs to receive Rituximab Treatment _____ mg for _____ times for this course of treatment. Subsidy on the drug cost is recommended.

轉介醫生姓名：

Name of Referring Doctor

(中)

Chinese _____

(英)

English _____

簽署：

Signature _____

轉介日期：

Date of Referral _____

所屬醫院：

Name of Hospital _____

聯絡地址：

Address _____

電話：

Tel. No. _____

4. 付款辦法

- 申請人先向醫院繳付費用，再提交醫院藥費收據正本，領取基金資助
Reimbursement on production of official receipts from the hospital
- 由基金向醫院直接繳付有關費用
The Fund to settle the cost directly with the hospital

5 醫務社工審核

Assessment of Medical Social Worker

申請人家庭每月總收入（港幣）：

Total Family Income (HK\$)

家庭總收入與政府所訂「家庭住戶每月入息中位數」比例： % of Total Family Income at MMHDI

100%或以下
100% or below

100-130%之間
Between 100-130%

醫務社工姓名：（中）

Name of MSW Chinese

（英）

English

簽署：

Signature

認可日期：

Date of Endorsement

所屬醫院：

Name of Hospital

聯絡地址：

Address

電話：

Tel. No.

6. 申請人聲明

Applicant's Declaration

茲證實上述資料無誤。

I declare that the above information is rightful and correct.

申請人(年齡十二歲以上者) 簽署：

Signature of Applicant (For age 12 or above)

父母 / 監護人簽署：

Signature of Parent / Guardian

收款人（基金發放支票抬頭人）姓名：

Name of Cheque Recipient

簽署式樣：

Specimen Signature

申請日期：

Date of Application

以下由基金工作人員填寫 (For Office Use Only) :

收件日期 :
Received Date

核准人簽署 :
Approved by

檔案編號 :
Reference No.

備註 :
Remarks

收件人簽署 :
Signature of
Receiving Officer

日期 :
Date

日期 :
Date

日期 :
Date

**附註 :
NOTES**

1. 『利妥昔單抗資助計劃』津貼，如病者家庭每月總收入於「家庭住戶每月入息中位數」百分之一百或以下，資助金額為藥物費用的百份之八十五。如家庭每月總收入介乎「家庭住戶每月入息中位數」百分之一百至一百三十之間，資助金額為購買藥物費用的百份之五十。
For patients with total family income 100% of the Median Monthly Domestic Household Income (MMDHI) or below, subsidy level of the Rituximab Treatment Subsidy is 85% of the drug cost. For those with total family income between 100-130% of MMDHI, the subsidy level is 50% of the drug cost.
2. 申請人年齡必須在 19 歲或以下，由醫院醫生推薦，並經醫務社工審核家庭收入。
Age of the applicant must be 19 years or below, with recommendations from hospital doctor and assessment on family income by medical social worker.
3. 每次申請的有效期為期兩個月。
Each application is only valid for 2 months when it is approved.