

適用於 65 歲以下人士

衛生署
疫苗資助計劃
使用疫苗資助同意書

醫健通 (資助) 交易號碼 (由醫生填寫)
只可填寫一個交易號碼

TG

注意：請用黑色或藍色筆以正楷填寫本同意書。接種兩劑受資助的疫苗須填寫兩份同意書。

在簽署本同意書前，請先閱讀有關上述資助計劃及所接種疫苗資料的單張。

請在適當位置加上“✓”號及 * 刪去不適用者。

本人同意使用政府在疫苗資助計劃下提供的資助為本人 / 本人的子女 / 受監護者 * 接種季節性流感疫苗，詳情如下：

醫生姓名		接種日期	
接種疫苗地點名稱			
季節性流感疫苗種類及劑次 (請在適當位置加上“✓”號)			
☐ 滅活四價疫苗 (注射式)	9 歲或以上人士： ☐ 本季度唯一一劑		
☐ 滅活四價疫苗 (噴鼻式)	9 歲以下兒童但過往季度曾接種季節性流感疫苗： ☐ 本季度唯一一劑		
☐ 重組四價疫苗 (注射式)	9 歲以下兒童並從未接種季節性流感疫苗： ☐ 本季度第一劑 ☐ 本季度第二劑		

資格聲明 (請在適當位置加上“✓”號及 * 刪去不適用者)

本人確認 本人 / 本人子女 / 受監護者 * 為香港居民及：

當您儲存已簽署的表單後，您將無法再編輯這表單。如需要，請在簽名前另存一份複本。請在此簽名

☐ 本人正在懷孕

由登記參與計劃的主診醫生確認懷孕：

登記參與計劃的主診醫生簽署確認

☐ 本人年齡介乎 50 至未滿 65 歲 (年屆 65 歲或以上長者請使用另一表格)

☐ 本人子女 / 受監護者 * 年齡介乎 6 個月至未滿 12 歲 或 已年滿 12 歲或以上並現正就讀香港的小學 (如屬後者，請提供學生手冊或學生證副本)

☐ 本人子女 / 受監護者 * 乃智障人士並持有：

☐ 殘疾人士登記證 (註明「智障」或「弱智」)

☐ 由註冊醫生發出的醫生證明書以證明本人子女 / 受監護者 * 有資格接受資助接種疫苗

☐ 指定的智障人士服務機構負責人所簽發的證明書

(請提供前述證明文件副本)

☐ 本人 / 本人子女 / 受監護者 * 為：

☐ 領取社會福利署傷殘津貼人士 (請提供傷殘津貼批准信副本)

☐ 領取社會福利署綜援計劃標準金額類別為「殘疾程度達 100%」或「需要經常護理」的人士
(請提供證明文件副本及簽署登記參與計劃醫生提供的聲明書)

服務使用者個人資料 (以身份證明文件所載者為準)

姓名：_____， _____ (英文) (姓氏) (名字)	_____ (中文) (姓氏) (名字)
出生日期：_____ (日日/月月/年年年年)	性別： ☐ 男 ☐ 女
身份證明文件 (請選擇下列其中一項身份證明文件，在適當位置加上“✓”號及填寫所需資料) 註：年滿 12歲 或以上人士只可使用香港居民身份證或豁免登記證明書	
☐ 香港出生證明書登記號碼：	[][] [][] [][] [][] [][] ()
☐ 香港居民身份證號碼： 簽發日期：_____ (日日/月月/年年)	[][] [][] [][] [][] [][] () 身份證符號標記： ☐ A ☐ C ☐ R ☐ U
☐ 香港特別行政區回港證號碼 (以"RM"或"RS"開首)： 簽發日期：_____ (日日/月月/年年年年)	R [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]
☐ 香港特別行政區簽證身份書證件號碼 (以"D"開首)： 簽發日期：_____ (日日/月月/年年)	D [][] [][] [][] [][] [][] [][] [][]
☐ 香港居留期許可證 (ID 235B) 出生登記編號： 獲准逗留至：_____ (日日/月月/年年年年)	[][] [][] [][] [][] [][] [][] ()
☐ 非香港旅遊證件號碼 (例：外地簽發的護照)： 香港入境處簽證 / 參考編號：	_____ [][][][] - [][][][][][][][] - [][] ()
☐ 生死登記處發出被領養兒童的領養證明書記項編號：	[][][][][][][][] / [][][][][][][][]
☐ 豁免登記證明書編號： 檔案編號： 豁免登記證明書編號上的香港身份證號碼： 簽發日期：_____ (日日/月月/年年年年)	_____ _____ [][][] [][][][][][][][] ()

我已閱讀及完全理解此同意書中服務使用者的義務和責任及收集個人資料目的。

當您儲存已簽署的表單後，您將無法再編輯這表單。
如需要，請在簽名前另存一份複本。 請在此簽名

服務使用者簽署 (如不會讀寫[△]，請印上指模)：

聯絡電話號碼：

日期：

如服務使用者未滿 18 歲 或 精神上無行為能力，父母 / 監護人須填寫以下資料：

當您儲存已簽署的表單後，您將無法再編輯這表單。
如需要，請在簽名前另存一份複本。 請在此簽名

父母 / 監護人簽署：

父母 / 監護人姓名：_____

與接種疫苗者的關係：☐父 ☐母 ☐監護人

聯絡電話號碼：

日期：

△ 如服務使用者精神上有行為能力但不會讀寫，見證人須填寫以下資料：

本人見證此同意書已在服務使用者面前朗讀及解釋。

當您儲存已簽署的表單後，您將無法再編輯這表單。
如需要，請在簽名前另存一份複本。 請在此簽名

見證人簽署：

見證人姓名：

香港居民身份證號碼 (只要英文字母及首 3 個數字) : | | | | | X | X | X | (X)

聯絡電話號碼： _____ 日期： _____

承諾及聲明

1. 本人特此聲明，本人在此同意書中所提供的一切資料，全屬真確。
2. 本人同意把此同意書中本人 / 本人子女 / 受監護者的個人資料及有關是次會診的任何資料供政府用於「收集個人資料目的」所述的用途。本人特此同意醫生將上述個人資料及有關是次會診的任何資料轉交及發放予政府、其代理人或其他獲政府授權的人士。本人備悉當局或會與我聯絡，以核實有關資料及本人 / 本人子女 / 受監護者使用政府資助以接種疫苗事宜。
3. 適用於香港特別行政區智能身份證持有者：本人同意授權醫生讀取儲存在本人 / 本人子女 / 受監護者香港特別行政區智能身份證晶片內的個人資料(只限香港身份證號碼，中英文姓名，出生日期和香港身份證簽發日期)，以供政府於「收集個人資料目的」所述的用途。
4. 此同意書受香港特別行政區法律管限，並須按照香港特別行政區法律解釋；本人及政府須不可撤銷地接受香港特別行政區法院的專屬司法管轄權管轄。
5. 本人已仔細閱讀此同意書及完全理解此同意書中本人的義務和責任。

收集個人資料目的聲明

收集個人資料目的

1. 所提供的個人資料，會供政府作下列一項或多項用途：
 - (a) 開設、處理及管理醫健通 (資助) 戶口，資助付款，以及執行和監察疫苗資助計劃，包括但不限於通過電子程序與入境事務處的數據核對；
 - (b) 作統計和研究用途；
 - (c) 接收由政府提供的疫苗接種資訊；以及
 - (d) 作法例規定、授權或准許的任何其他合法用途。
2. 就是次會診作出的疫苗接種記錄，可給公營及私營醫護人員取得，作為決定及提供服務使用者所需要的醫療服務的用途。
3. 衛生署可向社會福利署透露 / 索取你的個人資料及記錄，以核實你為衛生署疫苗資助計劃下的合資格組別人士。
4. 提供個人資料乃屬自願性質。如果你不提供充分的資料，可能無法使用資助。

接受轉介人的類別

5. 你所提供的個人資料，主要是供政府內部使用，但政府亦可能於有需要時，因以上第 1、2 段所列收集資料的目的而向其他機構和第三者人士披露。

查閱個人資料

6. 根據《個人資料(私隱)條例》(香港法例第 486 章) 第 18 和第 22 條以及附表 1 保障資料原則第 6 原則所述，你有權查閱及修正你的個人資料。本署應查閱資料要求而提供資料時，可能要徵收費用。

查詢

7. 如欲查閱或修改有關提供的個人資料，請聯絡：

行政主任(疫苗資助計劃)

地址：九龍紅磡德豐街 18-22 號海濱廣場二座 3 樓

電話：2125 2125