



會員申請表 Membership Application Form

會員編號 No.: _____
 西区 West 东南区 East South
 北区 North 中区 Central
 (供机构填写 For internal use)

1. 填好后请归还至: Address: 2163 Great North Road, Avondale or
 Please return to: 262 Ti Rakau Dr, Burswood or
 Email: info@luckyclover.org.nz

表格须知:

* 每位申请者必填 must fill in
 ▲ 60岁及以上长者必填 60 years old or above

* 申请人姓名 (护照) Name of Applicant(legal)	(中文 CN)	(英文 ENG)	
* 出生日期 Date of birth:	(DD/MM/YYYY)	* 性别 Gender:	<input type="checkbox"/> 男 M <input type="checkbox"/> 女 F <input type="checkbox"/> 其他 other
* 住址 Address:			
* 于新西兰的身份 Identity in NZ:	<input type="checkbox"/> 公民 Citizens <input type="checkbox"/> 居民 Permanent Resident <input type="checkbox"/> 其他 Others (请注明 Please specify: _____)		
* 电话 Phone No.:	(家 Home)	(手提 Mobile)	
* 电邮 E-mail:		* 微信号 WeChat:	
* 方言 Dialect:	<input type="checkbox"/> 广东话 Cantonese <input type="checkbox"/> 普通话 Mandarin <input type="checkbox"/> 英语 English <input type="checkbox"/> 其他 Others (请注明 Please specify: _____)		
* 紧急联络人数据 Emergency contact:	姓名 Name: _____ 关系 Relationship: _____ 电话 Phone: _____		
教育程度 Education :		籍贯 Origin:	
▲ 居住状况 Living condition:	<input type="checkbox"/> 独居且没有亲人 Living alone without family and relative <input type="checkbox"/> 与家人同住 Living with family or relative <input type="checkbox"/> 有亲人但不同住 Client with family members but not living together		
经济来源 Expenditure sources:	<input type="checkbox"/> 政府资助 Work and Income <input type="checkbox"/> 养老金 Superannuation <input type="checkbox"/> 积蓄 Savings <input type="checkbox"/> 家人支持 family support <input type="checkbox"/> 其他 Others (请注明 Please specify: _____)		
▲ 婚姻状况 Marital status:	<input type="checkbox"/> 已婚 married <input type="checkbox"/> 离婚 divorced <input type="checkbox"/> 丧偶 widowed <input type="checkbox"/> 单身 single		
▲ 家庭医生的名字 G.P.'s Name:		▲ 家庭医生的电话 G.P.'s Phone No:	
▲ 医疗号码 NHI nu.:			

*delete whichever is inappropriate 删除不合适的字句
 mark a "✓" in the box as appropriate 请在合适的方格上☑

健康狀況 Health Condition:	<input type="checkbox"/> 健康 Normal <input type="checkbox"/> 認知障礙症 Dementia (^請填第二部份 Please fill in Part 2) <input type="checkbox"/> 心臟病 Heart disease <input type="checkbox"/> 巴金森症 Parkinson's disease <input type="checkbox"/> 抑鬱症 Depression <input type="checkbox"/> 高血壓 Hypertension <input type="checkbox"/> 糖尿病 Diabetes <input type="checkbox"/> 高膽固醇 Hypercholesterolemia <input type="checkbox"/> 痛風 Gout <input type="checkbox"/> 需要使用尿喉/鼻胃管 Use urinal/nasal gastric tube <input type="checkbox"/> 中風 Stroke <input type="checkbox"/> 哮喘 Asthma <input type="checkbox"/> 頸椎病 Cervical Spondylosis <input type="checkbox"/> 其他 Others (請注明 Please specify: _____)
飲食特別要求 Dietary Special Requirement	<input type="checkbox"/> 沒有 None <input type="checkbox"/> 素食 Vegetarian <input type="checkbox"/> 半流質飲食 Semiliquid Diet <input type="checkbox"/> 全流質飲食 Full Liquid Diet <input type="checkbox"/> 食物過敏 Food allergy (請注明 Please specify: _____) <input type="checkbox"/> 其他 Others (請注明 Please specify: _____)
活動能力 Mobility:	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 經常需他人摺扶 Always need assistance from others <input type="checkbox"/> 需要*用拐杖/輪椅 Use*Walking Stick/Wheelchair <input type="checkbox"/> 需長期臥床 Bedridden <input type="checkbox"/> 跌倒風險 Fall Risk <input type="checkbox"/> 需要用其他輔助器具 Use other assistant devices (請注明 Please specify: _____)
視力 Vision:	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 較弱但能自我照顧 Weak but independent <input type="checkbox"/> 失明 Blind
聽覺 Hearing:	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 失聰 Deaf <input type="checkbox"/> 在普通音量難以溝通 Difficult to communicate with normal voice
行為及情緒表現 Behavioral and emotional performance:	<input type="checkbox"/> 冷靜及穩定 Calm and settled <input type="checkbox"/> 游走 Roaming <input type="checkbox"/> 驚叫 Exclamation <input type="checkbox"/> 抑鬱 Depression <input type="checkbox"/> 焦慮 Anxiety <input type="checkbox"/> 多疑 Suspicious <input type="checkbox"/> 妄想 Delusion <input type="checkbox"/> 幻覺 Hallucination <input type="checkbox"/> 有攻擊/暴力傾向 Aggressive/violent <input type="checkbox"/> 失禁 Incontinence <input type="checkbox"/> 失眠 Insomnia <input type="checkbox"/> 日夜顛倒 Upside Down <input type="checkbox"/> 重復動作/說話 Repeat movement/speak
自我照顧表現 ADL performance:	<input type="checkbox"/> 能自我照顧 Independent <input type="checkbox"/> 需要依靠人協助照顧 Need assistance #✓ 需要被照顧的項目 items which need to assist: <input type="checkbox"/> 沐浴 Bathing <input type="checkbox"/> 進食 Feeding <input type="checkbox"/> 如廁 Toileting <input type="checkbox"/> 穿衣 Dressing <input type="checkbox"/> 外出活動 Outing <input type="checkbox"/> 其他 Others(請注明 Please specify: _____)
接受的社会服务 Social Support:	<input type="checkbox"/> 沒有 None <input type="checkbox"/> 家居照顧 Home Care Services <input type="checkbox"/> 日間中心 Day Care Services <input type="checkbox"/> 其他 Others(Please specify 請注明: _____)
興趣/喜好 Interests / Hobbies:	<input type="checkbox"/> 画画 Drawing <input type="checkbox"/> 手工艺 Arts <input type="checkbox"/> 音乐 Music <input type="checkbox"/> 跳舞 Dancing <input type="checkbox"/> 编织 Knitting <input type="checkbox"/> 其他 Others (請注明 Please specify: _____)
期望接受的服务 Expected Services:	<input type="checkbox"/> 乐龄中心 Age Friendly Community Centre <input type="checkbox"/> 探访 Home Visit <input type="checkbox"/> 讲座 Talk <input type="checkbox"/> 户外活动 Outing Activities <input type="checkbox"/> 兴趣小组 Interest Group <input type="checkbox"/> 其他 Others (請注明 Please specify: _____)

^第二部份 Part 2: 認知缺損狀況 Condition of cognitive impairment

确诊 Diagnosed:	<input type="checkbox"/> 是 Yes *轻度 Mild /中度 Moderate /严重 Severe <input type="checkbox"/> 否 No
精神科就诊 Psychiatric follow-up:	<input type="checkbox"/> 有 Yes *需要 Medication /不需要服药物 No Medication required <input type="checkbox"/> 沒有 No

*delete whichever is inappropriate 删除不合适的字句

mark a "✓" in the box as appropriate 请在合适的方格上☑



免责声明

1. 入会会员需提供真实个人信息给华助会，凡因个人私自行为或因隐瞒实际情况者（包括病史、身体状况及其他状况）而造成的一切后果，由其本人承担完全责任；
2. 在参与本会活动过程，如有身体不适的状况，请自行衡量是否合适参与，如属紧急状况，本会有权直接联络紧急联络人，以及联络急救车或医护机构，相关费用由会员负责。
3. 华助会开办和组织的所有课程和活动所拍的照片与视频，将用于华助会的媒体上，其说明权与版权均归华助会所有，如照片与视频中的人不想其肖像为华助会所用，我们尊重其想法，请提前告知我们；
4. 在华助会所开办和组织的课程与活动过程中，请对自己人身安全负责（幼儿与儿童需有大人陪同并负有监护责任）并妥善看管自己的财物，如有任何意外事件发生，造成人身或财物损伤时，由其本人自己承担完全责任；
5. 在华助会参加的所有课程与活动过程中，对于损坏或者丢失而导致不能正常使用的财产和物品，当事人应该承担赔偿责任或维修费用的责任。
6. 我们所有媒体内成员和会员发的可供个人学习、研究或欣赏的内容或其转发的信息（如微信群内发表的个人意见或网站连接等），不得用于商业或者其他用途，否则，一切后果均由其自行承担，华助会不承担任何法律责任；
7. 关于华助会翻译服务：我们帮助做口头翻译，但不能作为依据标准，或作为任何法律用途；
8. 请对我们发布的所有信息数据的可靠性自行做出判断和评估，所有风险和责任由会员独自承担。任何情况下，因使用或者信赖我们的信息而可能遭致的意外、疏忽、侵权及其造成的一切直接或者间接的损失（包括因手机或网络下载而感染手机或计算机病毒），我们均不承担任何法律责任；
9. 关于义工老师：华助会的义工老师为会员们提供的服务为义务性质，本会对我们的义工老师的学历或资格不作保证；

10. 关于义工医师：华助会的义工医师乃是义务性质，义诊意见不构成医学专科意见，如有问题或质疑，会员应自行寻求家庭或专科医生意见，本会对会员的身体状况或健康不承担任何责任；11. 关于法律咨询服务：华助会的律师咨询服务乃是义务性质，如有问题或质疑，会员应自行咨询自己的律师；
12. 互联网及微信等媒体所有资源均系网友上传或者通过网络收集，我们仅提供一个展示、介绍、参考的平台，我们不对其内容的准确性、可靠性、正当性、安全性、合法性等负责，亦不承担任何法律责任；微信内，禁止制作、复制、发布和传播具有宗教、政治、淫秽、色情、暴力、凶杀等内容的信息，一经发现立即删除；若发布者因此触犯法律，一切后果自负，我们对此不承担任何责任；对可能因第三方原因造成的互联网软硬件设备故障或失灵、或人为操作疏忽而全部或部分中断、延迟、遗漏、误导或造成数据传输或储存上的错误、或遭第三人侵入系统篡改或伪造篡改数据等，华助会均不承担任何责任；以任何方式登录我们的所有媒体或者进入网站或直接、间接使用上述信息数据，我们均视为您自愿接受；网站因一切不可抗力而导致的暂停服务，于暂停服务期间造成的一切不便与损失，本网站不负任何责任；
13. 清楚活动场地、所有活动规则和法规是个人责任，会员应理解在活动时可能会有意外或危险发生，会员应注意自身安全，如有意外会员应自行承担所有责任。
14. 关于电子产品应用服务：华助会的员工均不是专业的电子产品技术人员，我们对电子产品的服务仅限于给予建议与基本的操作方法；所以电子产品软、硬件方面的问题我们不能维修或检测，会员应自己承担服务过程中出现的任何被损坏的风险，过程中如有任何损坏应自行承担所有风险与责任
15. 如对本免责声明有任何疑问，华助会有解释权，会员也有咨询与退会权；
16. 关于免责声明更新：在给予或不给予事先通知下，华助会保留随时更新本免责声明的权利，任何更改发布后，立即生效。请在填写入会申请表时，务必查看此免责声明。如入会会员签字入会，即代表同意并接受此免责声明，并也同意与接受未来更改后的免责声明约束。

声明 本人阅读及清楚明白乐龄会员入会免责声明，并愿意遵守贵机构所有规例及守则。

Declaration: I have read and clearly understand the disclaimer of membership and agree to comply with all the regulations and codes of your organization.

申请人签署 Signature: _____

登记日期 Date: _____

(如申请人确诊认知障碍症，家人可出示医生证明后，代表申请人填写及签署)

If the Applicant are diagnosed with Dementia, family members can show the doctor's certificate and help the applicant to fill and sign the above document on behalf of the application

(供机构填写 For internal use):

工作人员确认 (签名)

Confirmation by staff:

会员卡发放日期

Membership card

Issue day:

*delete whichever is inappropriate 删除不合适的字句

mark a "✓" in the box as appropriate 请在合适的方格上☑