



### 拉法基金會專業心理輔導/治療資助申請表

此申請表所提供的資料，是申請者提交給教會作初步審核，決定是否適合向「拉法基金」申請專業心理輔導/治療資助，然後讓「拉法基金」對有關申請作出評估審批。申請成功與否，將由「拉法基金」作最終決定。申請者所提供的有關資料，「拉法基金」只會用作以上用途，並將會絕對保密。

姓名:(中文)\_\_\_\_\_ (英文)\_\_\_\_\_ 年齡:\_\_\_\_\_

身份證號碼: \_\_\_\_\_ 性別:\_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

婚姻狀況:  未婚  已婚  分居  離婚  喪偶  
 其他(請註明)\_\_\_\_\_

學歷:\_\_\_\_\_ 職業:\_\_\_\_\_ 宗教信仰\_\_\_\_\_

所屬教會:\_\_\_\_\_ 所屬團契/小組(如有): \_\_\_\_\_ 受浸日期(如有):\_\_\_\_\_

電話: (住宅)\_\_\_\_\_ (辦事處)\_\_\_\_\_ (手提電話)\_\_\_\_\_

地址:\_\_\_\_\_

個人每月總收入(單身): \$ \_\_\_\_\_ 家庭每月總收入(已婚): \$ \_\_\_\_\_

尋求輔導的原因:

- |                                  |                                |
|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 人際關係    | <input type="checkbox"/> 戀愛/婚姻 |
| <input type="checkbox"/> 學業/工作   | <input type="checkbox"/> 個人成長  |
| <input type="checkbox"/> 子女與父母   | <input type="checkbox"/> 情緒/壓力 |
| <input type="checkbox"/> 其他(請註明) | _____                          |

目前面對的其他困難(例如疾病、沉溺、經濟困難等):

\_\_\_\_\_

現時身體狀況(有疾病、服藥等): \_\_\_\_\_

現時心理情緒狀況:

- |                               |                                 |                                  |                               |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 情緒低落 | <input type="checkbox"/> 情緒常波動  | <input type="checkbox"/> 常被問題困擾  | <input type="checkbox"/> 睡眠困難 |
| <input type="checkbox"/> 食慾不振 | <input type="checkbox"/> 很難專注集中 | <input type="checkbox"/> 缺乏興趣    | <input type="checkbox"/> 遠離人群 |
| <input type="checkbox"/> 太多憂慮 | <input type="checkbox"/> 太多懼怕   | <input type="checkbox"/> 太多痛苦    | <input type="checkbox"/> 罪疚感  |
| <input type="checkbox"/> 感到孤單 | <input type="checkbox"/> 覺得被拋棄  | <input type="checkbox"/> 很難相信人   | <input type="checkbox"/> 發惡夢  |
| <input type="checkbox"/> 感到憤怒 | <input type="checkbox"/> 很難控制怒氣 | <input type="checkbox"/> 無法安坐/休息 | <input type="checkbox"/> 口若懸河 |
| <input type="checkbox"/> 慌張   | <input type="checkbox"/> 緊張/拉緊  | <input type="checkbox"/> 無法控制思想  | <input type="checkbox"/> 想自殺  |

- 體重減輕     體重增加     過量吃藥     過量飲酒  
 其他(請註明)\_\_\_\_\_

曾否嘗試企圖自殺？有    沒有    如有，多少次：\_\_\_\_\_

曾否接受精神科藥物治療？有    沒有

精神科醫生或醫院	治療日期		醫生的診斷	所得到的幫助/效果(適用請✓)			
	開始	結束		很有幫助	有幫助	一般	無幫助

曾否接受輔導？有    沒有

接受輔導機構	輔導日期		見了幾次？	所得到的幫助/效果(適用請✓)			
	開始	結束		很有幫助	有幫助	一般	無幫助

曾否嘗試尋找其他幫助？

	詳細資料：	所得到的幫助/效果(適用請✓)			
		很有幫助	有幫助	一般	無幫助
<input type="checkbox"/> 講座					
<input type="checkbox"/> 成長小組					
<input type="checkbox"/> 教牧支持					

<input type="checkbox"/> 朋輩傾訴					
<input type="checkbox"/> 書籍					
<input type="checkbox"/> 其他					

請從下列問題中✓出最適合的項目:

家庭狀況:

配偶 (年齡)\_\_\_\_\_ (職業)\_\_\_\_\_ 關係狀況：良好 正常 惡劣

兒女 (數目)\_\_\_\_\_ (年齡)\_\_\_\_\_ 關係狀況：良好 正常 惡劣

父 存 (年齡)\_\_\_\_\_ 歿 關係狀況：良好 正常 惡劣

母 存 (年齡)\_\_\_\_\_ 歿 關係狀況：良好 正常 惡劣

兄弟姊妹(數目)\_\_\_\_\_ (排行位置)\_\_\_\_\_ 關係狀況：良好 正常 惡劣

本人清楚明白上述的解釋資料，並作出聲明本人以上所提供的資料真確無誤，現本人簽名作實：

申請者姓名：\_\_\_\_\_

簽署：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

轉介教會願意經濟上資助申請者接受長期深層專業輔導/治療，並且願意與申請者同行，靈命上代禱及支持：

轉介教會名稱：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_

轉介教會牧者姓名：\_\_\_\_\_

聯絡電話：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
轉介教會牧者簽署

\_\_\_\_\_  
轉介教會蓋章