



中華人民共和國香港特別行政區政府總部勞工及福利局
Labour and Welfare Bureau
Government Secretariat, Government of the Hong Kong Special Administrative Region
The People's Republic of China

本局檔號Our Ref.: (17) in HWF RD 11/10 Pt 3
來函檔號Your Ref.:

電話號碼Tel No:
傳真號碼Fax No: 2543 0486

(Please contact 2690 5238 for English version of letter)

敬啟者：

更換「殘疾人士登記證」計劃

此信旨在通知持證人分批免費以舊證更換新「殘疾人士登記證」（登記證）的詳情。

為提高登記證的可靠性及認受性，本局康復服務中央檔案室（檔案室）自2005年7月開始簽發附相片及以防偽紙張印製的登記證（新證）。檔案室現特安排為2005年7月前簽發的登記證（舊證）進行換證程序。

自2006年5月開始，檔案室分批發信邀請現時的持證人按舊證簽發日期的先後，分批進行換證，時間表如下：

發證年份	進行換證的日期
1999年	2006年5月至7月
2000年	2006年8月至10月
2001年	2006年11月至2007年1月
2002年	2007年2月至4月
<u>2003、04及05年</u>	<u>2007年5月至10月</u>

檔案室將在今年5至10月為2003、04及05年所簽發的舊證進行換證程序。新證和舊證於今年內同屬有效，換證申請純是自願性質。

申請所需的資料如下：

- (1) 填妥的申請表（包括“使用個人資料同意書”）；
- (2) 彩色近照一張（與申請特區護照的要求類同）及身份證明文件副本（如身份證副本）；

Rev. 7/2007

(3) 舊證。如遺失舊證，請繳付補領費用35元。補領費可用支票或本票繳交，支票或本票抬頭請註明“香港特別行政區政府”；

(4) 殘疾類別證明文件（下列任何一項）：

(i) 如屬傷殘津貼、綜援計劃下喪失100%謀生能力的受助人、或正輪候或現正接受社會福利署康復服務*的人士，可簽署“授權向社會福利署查核資料同意書”，以授權檔案室向社署查核個人資料。請預留8個星期進行查核；

* 社會福利署康復服務單位的種類詳列於附件

(ii) 如在特殊學校就讀的學生，或技能訓練中心受訓人士，可透過校方及訓練中心主管協助填寫“殘疾類別證明書(CRR4)”；

(iii) 由醫生 / 專職醫療人員* 填寫的“殘疾類別證明書(CRR4)”，醫生姓名及聯絡資料必須填寫清楚；

(iv) 醫生證明（清楚註明殘疾的類別及程度及醫生 / 專職醫療人員姓名及聯絡資料）。覆診紙 / 出院病歷並不足以證明。

* 醫生包括所有註冊醫生（公營 / 私人執業）；專職醫療人員包括視光師 / 聽力學家 / 臨床心理學家 / 職業治療師 / 物理治療師，但不包括醫務社工及護理人員。

請將已填妥的申請表連同所有有關文件郵寄/親自遞交至檔案室，待完成處理後，新證將會以平郵寄上。

在推行換證計劃時，檔案室希望盡量為持證人減少不便，並協助部份有需要的殘疾人士獲取殘疾證明。檔案室已與各復康機構及組織聯絡，機構的義務醫生或專業醫療人員可替有關人士作出評估，並簽發殘疾證明。假若個別人士有困難，檔案室亦會盡量安排轉介，以確定殘疾狀況。

假若持證人士對換證計劃或提供殘疾類別證明文件有任何疑問，請致電2690 5238查詢，或參考「殘疾人士登記證」申請指引，申請指引可於各區民政事務署或福利辦事處索取。有特別需要的人士，亦可以傳真至檔案室查詢（傳真號碼：2543 0486）。

此致

「殘疾人士登記證」持證人

勞工及福利局

康復服務中央檔案室主任溫巧思



二零零七年七月

連附件

Rev. 7/2007

Renewal 「殘疾人士登記證」申請表

編號:
No.:
(供有關部門填寫 Official Use Only)

Application for "Registration Card for People with Disabilities"

備註: 本證是發給自願提供個人資料的人士, 申請人如未能提供所需的個人資料, 本申請表可能會不獲受理。

Note: Provision of personal data in this form is entirely voluntary. Your application may not be considered if you fail to provide the personal data required.

個人資料 Personal Particulars			
姓名(中文)	Name (English)		
姓氏先行 _____ (姓名以下述的香港身份證/ 出生證明書/ 其他身份證明文件為準) (Enter the same name as appears on your Hong Kong Identity Card / Birth Certificate / other document(s) of identity shown below)	Surname first _____		
香港身份證 / 護照 / 出生證明書*號碼 (請提供有關身份證明文件的副本) Hong Kong Identity Card / Passport / Birth Certificate* No. _____ () (Please provide a copy of the relevant document of identity)			
或其他身份證明文件 (請註明) Other document(s) of identity (Please specify) _____			
性別 Sex	男 <input type="checkbox"/> Male 女 <input type="checkbox"/> Female	出生日期 Date of Birth	日 Day _____ 月 Month _____ 年 Year _____
住址 Address (為方便紀錄, 請盡量提供英文地址)(Please enter in block letters)			
Flat/Room 室 _____ Floor 樓 _____ Block 座 _____ Building 大廈 _____ Road/Street No., Road/ Street/ Housing Estate 街道號碼, 街道/屋邨 _____ District/Area 區 _____			
通訊地址 Correspondence Address (如與上址不同) (If different from the address given above)			
_____ _____			
聯絡電話號碼 Tel. No. _____		傳真號碼 Fax No. _____	
		HK 香港 <input type="checkbox"/> KLN 九龍 <input type="checkbox"/> NT 新界 <input type="checkbox"/>	
		供有關部門填寫 Official use only <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> TM (EDate: _____)	

請貼上
彩色近照一張
(約 25x31 毫米)
recent photo
(approx. 25x31mm)@

殘疾類別 Type(s) of Disability

(申請人必須提供每類殘疾的證明文件副本, 例如由醫生或專業醫療人員簽發的證明書等, 該證明文件須註明殘疾類別及程度, 以及有關殘疾情況可能持續的時間。如屬多類殘疾人士, 可選「✓」兩個或以上方格。)

(Please attach copy(ies) of documentary evidence for each reported disability, e.g. certificates issued by doctors or allied health personnel. Such documentary evidence should specify the type(s) and degree of disability and the duration for which the disabling condition is likely to last. If multi-disabled, select "✓" two or more boxes.)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| 1. 聽覺受損 Hearing impairment | <input type="checkbox"/> 聽力損失 > 70 分貝
Hearing loss > 70dB | <input type="checkbox"/> 聽力損失 41-70 分貝
Hearing loss 41-70dB | <input type="checkbox"/> 聽力損失 26-40 分貝
Hearing loss 26-40dB |
| 2. 視覺受損 Visual impairment | <input type="checkbox"/> 嚴重低視力至全盲
Severe low vision to totally blind | <input type="checkbox"/> 中度低視力
Moderate low vision | <input type="checkbox"/> 輕度低視力
Mild low vision |
| 3. 肢體傷殘 Physical handicap | <input type="checkbox"/> 嚴重 Severe | <input type="checkbox"/> 中度 Moderate | <input type="checkbox"/> 輕度 Mild |
| 4. 言語障礙 Speech impairment | <input type="checkbox"/> | | |
| 5. 弱智 Mental handicap | <input type="checkbox"/> 極度嚴重 Profound | <input type="checkbox"/> 嚴重 Severe | <input type="checkbox"/> 中度 Moderate |
| 6. 精神病 Mental illness | <input type="checkbox"/> 精神病 Psychosis | <input type="checkbox"/> 神經官能病 Neurosis | <input type="checkbox"/> 其他心理失常
Other mental disorders |
| 7. 自閉症 Autism | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. 器官殘障/長期病患
Visceral disability/Chronic illness | <input type="checkbox"/> 請註明:
Please specify: _____ | | |

@ 相片規定可參閱申請指引第四段(a)項 Please see Section IV(a) of the Guidance Notes for photograph requirement.

本人現 * 首次申請 / 換領 / 補領# 「殘疾人士登記證」，並授權「康復服務中央檔案室」使用本人的個人資料，包括殘疾類別，作為發證及其他在「殘疾人士登記證申請指引」中所述的用途。

I wish to apply for a * new / renewal / replacement# issue of the Registration Card for People with Disabilities and authorise the Central Registry for Rehabilitation (CRR) to use my personal data including type(s) of disability for the purpose of issuing the Registration Card, and other purposes and functions as specified in the Guidance Notes for application of the Registration Card for People with Disabilities.

簽署： _____ 日期： _____
Signature : _____ Date : _____

姓名(正楷)： _____ * 先生 / 小姐 / 女士 / 太太

Name (Block letters): * Mr / Miss / Ms / Mrs _____

香港身份證號碼： _____ 聯絡電話號碼： _____
HK ID Card No.: _____ () Tel. No.: _____

如屬代申請人申領登記證者，請填報此欄。

Please complete this column if you apply on behalf of the applicant.

本人/我們代表(申請人姓名) _____，香港身份證號碼： _____ () * 首次申請 / 換領 / 補領# 「殘疾人士登記證」，並已經取得上述申請人的同意授權「康復服務中央檔案室」使用他/她的個人資料，包括殘疾類別，作為發證及其他在「殘疾人士登記證申請指引」中所述的用途。

I/ We, on behalf of (applicant's name) _____, HK ID Card No. _____ () wish to apply for a * new / renewal / replacement# issue of the Registration Card for People with Disabilities, and have sought the consent of the applicant to authorise the Central Registry for Rehabilitation (CRR) to use his/her personal data including type(s) of disability for the purpose of issuing the Registration Card, and other purposes and functions as specified in the Guidance Notes for application of the Registration Card for People with Disabilities.

簽名： _____ 日期： _____
Signature : _____ Date : _____

姓名(正楷)： _____ * 先生/小姐/女士/太太
Name (Block letters): * Mr/Miss/Ms/Mrs _____

香港身份證號碼： _____ 聯絡電話號碼： _____
HK ID Card No.: _____ () Tel. No.: _____

與申請者關係(例如合法監護人, 社工)： _____
Relationship with applicant (e.g. legal guardian, social worker): _____

機構名稱(如適用)： _____
Name of Agency (If applicable): _____

* 請刪去不適用者 Delete where appropriate

請先參閱指引第四段(c)項有關補領登記證的須知。Please refer to Section IV(c) of the Guidance Notes for details of replacement.

查閱個人資料 Access to Personal Data

根據個人資料(私隱)條例第18和22條以及該條例附表一有關保障資料第六原則的規定，你有權要求查閱和修改康復服務中央檔案室所保存關於你的個人資料。在繳交費用後，便可索取你個人資料的副本。如欲查詢有關個人資料的管理，包括要求查閱或修改你的個人資料，請聯絡本檔案室：

You have a right to request access to and correction of your personal data as provided for in sections 18 and 22 and Principle 6 of Schedule 1 of the Personal Data (Privacy) Ordinance. Your right of access includes the right to obtain a copy of your personal data kept in the Central Registry for Rehabilitation subject to payment of a fee. Enquiries on the management of personal data, including making of access and correction to your personal data, should be addressed to:

香港中環
花園道3號花旗銀行大廈10樓1020室
勞工及福利局
康復服務中央檔案室
電話: 2509 4052/ 2509 4891/ 2690 5238
傳真: 2543 0486

Central Registry for Rehabilitation
Labour and Welfare Food Bureau
Room 1020, 10/F, Citibank Tower, 3 Garden Road
Central, Hong Kong.
Tel.: 2509 4052/ 2509 4891/ 2690 5238
Fax: 2543 0486

殘疾人士登記證—傷殘類別證明書 (CRR4)
Certification of Disability Type for Registration Card for People with Disabilities

姓名： _____ 性別： 男 女
Name Sex M F

身份證明文件及號碼： _____
Document of Identity and No.

謹此證明上述人士的殘疾類別：

This is to certify that the above named person suffers from the following type(s) of disability:
(如屬多類殘疾人士，可選「✓」兩個或以上方格。If multi-disabled, select 「✓」 two or more boxes.)

- | | | | | |
|---------------------------------|---|--|--|-------------------------------------|
| 1. 聽覺受損
Hearing impairment | <input type="checkbox"/> 聽力損失 > 70 分貝
Hearing loss > 70dB | <input type="checkbox"/> 聽力損失 41-70 分貝
Hearing loss 41-70dB | <input type="checkbox"/> 聽力損失 26-40 分貝
Hearing loss 26-40dB | |
| 2. 視覺受損
Visual impairment | <input type="checkbox"/> 嚴重低視力至全盲
Severe low vision to totally blind | <input type="checkbox"/> 中度低視力
Moderate low vision | <input type="checkbox"/> 輕度低視力
Mild low vision | |
| 3. 肢體傷殘
Physical handicap | <input type="checkbox"/> 嚴重
Severe | <input type="checkbox"/> 中度
Moderate | <input type="checkbox"/> 輕度
Mild | |
| 4. 言語障礙
Speech impairment | <input type="checkbox"/> | | | |
| 5. 弱智
Mental handicap | <input type="checkbox"/> 極度嚴重
Profound | <input type="checkbox"/> 嚴重
Severe | <input type="checkbox"/> 中度
Moderate | <input type="checkbox"/> 輕度
Mild |
| 6. 精神病
Mental illness | <input type="checkbox"/> 精神病
Psychosis | <input type="checkbox"/> 神經官能病
Neurosis | <input type="checkbox"/> 其他心理失常
Other mental disorders | |
| 7. 自閉症
Autism | <input type="checkbox"/> | | | |
| 8. 器官殘障/長期病患
Chronic illness | <input type="checkbox"/> 請註明：
Please specify: _____ | | | |

根據 (日期) _____ 的評估，上述的殘疾狀況有可能持續：

According to the assessment conducted on (date) _____, the disabling condition is likely to last for:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 少於 12 個月
less than 12 months | <input type="checkbox"/> 多於 12 個月但少於 24 個月
more than 12 months but less than 24 months | <input type="checkbox"/> 多於 24 個月
more than 24 months |
|--|---|--|

備註：
Remarks _____

醫生簽名： Signature of Doctor _____
醫生正楷姓名： Name of Doctor (Block Letter) _____

機構負責人 / 專業醫療人員* 簽名：
Signature of Allied Health Professional / Office-in-charge* _____

機構負責人 / 專業醫療人員* 正楷姓名：
Name of Allied Health Professional / Office-in-charge* (Block Letter) _____

請列明所屬專業：
Please specialised field _____

機構 / 醫院* 蓋印 (必須)
Organisation / Hospital* Chop (is required)

機構 / 醫院* 名稱：
Name of Organisation / Hospital _____

日期：
Date _____

聯絡電話號碼：
Tel. No. _____

*請刪去不適用者 Delete where appropriate

祇供換證人士使用 for renewal of CRR Card only

(有向社會福利署申請有關津貼或服務的人士使用)

(For applicants receiving allowances or rehabilitation services from SWD)

授權向社會福利署 (社署) 查核資料同意書

Consent Form – authorization for data checking from Social Welfare Department(SWD)

本人

I,

(身份證號碼 : ())
Identity card No. ()

_____ (姓名Name)

為 (請選以下一項) am (Please choose one of the following) :

- 傷殘津貼受助人[#] ; 或
a recipient of Disability Allowance (DA)[#]; or
- 喪失 100% 謀生能力的綜合社會保障援助計劃受助人[#] ; 或
a recipient of Comprehensive Social Security Assistance (CSSA) with 100% loss of earning capacity[#]; or
- 正輪候或使用社署康復服務[@]的人士。
admitted to the Central Referral System for Rehabilitation Service[@]/a user of Rehabilitation Service arranged by the SWD.

現同意授權康復服務中央檔案室向社署查核本人及與殘疾類別有關的資料，以便申請更換「殘疾人士登記證」之用，本人明白並同意有關安排。

I now authorize the Central Registry for Rehabilitation (CRR) to check with the SWD for my personal and disability-related information. I fully understand and agree to this arrangement.

授權人簽署Signature : _____ 聯絡電話Tel. No. : _____

姓名Name : _____ 日期Date : _____

[#] 備註：①如希望檔案室核實資料的傷殘津貼 / 綜援受助人，請將有關資料及文件連同舊證寄回檔案室，並預留約一個月進行查核，因為檔案室與社署的資料查核，將每月進行一次。

②授權向社署查核的殘疾資料，以社署所提供為準，其他不在社署證明之內的殘疾類別，請另行提供證明文件。

[#] Remarks: ①For DA/CSSA recipients who consent to CRR verifying information with SWD, please send us the relevant documents and existing Registration Card and please note that it requires about 1-month processing time as the data verification will be scheduled once every month.

② Authorization for checking disability related information will be **subjected to verification result by SWD**, other supporting documents should be provided for disabilities not verified by SWD.

[@] **接受社署轉介的康復單位 List of Rehabilitation Service Units accepting referrals from SWD**

- 展能中心Single Day Activity Centres
- 特殊幼兒中心Special Child Care Centres
- 庇護工場Sheltered Workshop
- 中途宿舍Halfway Houses
- 長期護理院Long Stay Care Home
- 家居訓練及支援服務 Home-based Training and Support (HBTS) Service
- 殘疾人士護理院 Care and Attention Homes for Severely Disabled Persons
- 展能中心暨嚴重弱智人士宿舍 Day Activity Centres and Hostels for Severely Mentally Handicapped Person
- 中度弱智人士宿舍 (暨庇護工場或綜合職業康復服務中心) Hostel for Moderate Mentally Handicapped (paired up with Sheltered Workshop or Integrated Vocation Rehabilitation Services Centre)
- 肢體傷殘人士宿舍 (暨庇護工場) Hostel for Physically Handicapped (paired up with Sheltered Workshop)
- 綜合職業康復服務中心 Integrated Vocational Rehabilitation Services Centre
- 弱能人士輔助宿舍 Supported Hostel for Mentally Handicapped
- 精神病康復者訓練及活動中心服務 Training and Activity Centre for Ex-Mentally Ill Persons
- 盲人護理安老院 Care & Attention Homes for the Aged Blind
- 輕度弱智兒童兒童之家 Small Group Homes for Mildly Mentally Handicapped Children