

「護齒同行」

服務使用者每次接受牙科治療前核實資格的安排 (只適用於香港身份證註有代碼「C」或「U」的持證人)

致 盈愛無障牙科中心：

服務使用者姓名： _____ 香港身份證號碼： _____

本人明白上述人士每次接受牙科治療前，盈愛無障牙科中心會聯絡衛生署核實資格，以確定上述人士在當日是否擁有有效的香港居民身分，符合接受「護齒同行」服務資格。

本人明白如上述人士被確定為不符合資格，會即時不獲「護齒同行」資助，包括已開始但未完成的治療項目(例如根管治療)。上述人士如欲繼續接受牙科治療，需要向盈愛無障牙科中心繳付一切相關費用。

簽署： _____

姓名： _____

與計劃服務使用者關係： 服務使用者本人

代理人 (請圈選關係：父母/祖父母/兄弟姊妹/配偶)

法定監護人

康復服務單位

日期： _____