**2016至2019年第9-11届 联合国【世界关顾自闭日】大中华地区计划**

**征集内地自闭症服务三年计划建议 - 回執**

**请在2015年10月24日 (星期五) 或以前，以电邮附档递交本回执** [**csenie@ied.edu.hk**](mailto:csenie@ied.edu.hk) **/** [**cn2016@autism.hk**](mailto:cn2016@autism.hk)

***(本回执必须要以电脑微软窗文件档填报递交MS Word .doc，人手鈔写回执恕不受理)***

1. **主要申请团体资料**

申请团体名称：(中文)

(英文)

申请团体性质：[ ]内地大学社工系 [ ]民间团体 [ ]残联/ 民政/ 教育/ 卫生系统机构 (#删去不适用项目)

[ ]其他 (请注明)

联络人姓名： (中文) (英文)

联络人职称： 任职年期： 年 全職 / 兼職 / 義務不受薪 #

联络电话：(办事处) (手电)

电邮： (网站)

团体地址/通讯处： 省 市 县 区 路 邮政编码：[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

(如上述申请团体**为内地大学社工系**，请於下列第2项提供拟合作的内地自闭症服务团体 / 家长组的资料)

(如上述申请团体**并非**内地大学社工系，请於下列第2项提供拟合作的内地大学社工系的资料)

1. **合作伙伴：服务团体 / 大学社会工作系或专业 / 家长组资料**

合作大学/服务团体 ：(中文)

/家长组 名称： (英文)

上述這个团体是 [ ] 现有团体 [ ] 新成立服务机构/团体/家长组 #

联络人姓名： (中文) (英文)

联络人职称： 任职年期： 年 全职 / 兼职 / 义务不受薪 #

联络电话：(办事处) (手电)

电邮： (网站)

团体地址/通讯处： 省 市 县 区 路 邮政编码：[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

注意：申请计划方案如有第3个或以上数目的合作伙伴，请影印本页补充填写其余合作伙伴资料。

1. **下列各条问题只适用于内地大学社工系负责人填答：**

合作大学社工系成立年份 年，教师人数： 人

社工中专学生人数 人； 社工本科生人数 人； 社工硕士生人数 人 (截至2015年9月止)

社工授课范围是否有 [ ]自闭症科目 [ ]残疾人康复服务 [ ] 相关科目(请注明)

社工实习范围是否有 [ ]自闭症服务 [ ]残疾人康复服务 [ ] 相关服务(请注明)

学生志愿工作是否有 [ ]自闭症服务 [ ]残疾人康复服务 [ ] 相关服务(请注明)

如计划获批准，予计每年社工学生参与此计划总人数： 名学生

合作大学社工学生参与此项服务计划的内容简介：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 每年参与期间 | 社工学生参与内容简介 | 社工学生人数 |
| **[ ]全年 / 共3月** | **举例 毕业班实習：个人輔導、小组及社区工作** | **4人** |
| [ ]全年 / 共 月 |  |  |
| [ ]全年 / 共 月 |  |  |
| [ ]全年 / 共 月 |  |  |
| [ ]全年 / 共 月 |  |  |
| [ ]全年 / 共 月 |  |  |
| [ ]全年 / 共 月 |  |  |
|  | 每年社工学生总人数 |  |

如空间不足，请另纸书写。

1. **申请计划资料**

申请计划名称 ：(中文)

(英文)

计划举办日期 ：2016年 月 至 年 月 (申请资助期，最长不超过3年)

计划举办地区 ： 省 市 县 区

负责执行团体名称 ：(现有团体) 受薪工作人员数目： 人

[ ] 如计划获批准，新成立服务机构去负责执行是项计划 🡪 拟聘用受薪工作人员数目： 人

联络人姓名： (中文) (英文)

联络人职称： 任职年期： 年 全职 / 兼职 / 义务不受薪 #

联络电话：(办事处) (手电)

电邮： (网站)

团体地址/通讯处： 省 市 县 区 路 邮政编码：[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

受惠对象及人数 ： 人 [ ] 自闭儿 [ ] 家长 [ ] 家庭 [ ] 工作人员 [ ] 社会人士

(可选答多项) [ ] 其他 (请注明)

申请计划是当地 [ ] 现有服务 🡪 服务是否获政府或其他基金资助 [ ] 是 [ ] 否

[ ] 新增设服务 🡪 当地是否有同类的服务 [ ] 是 [ ] 否

申请计划当地估计需求总人数： 人 / 家庭 ； 估计服务需求短缺总人数： 人 / 家庭

全期计划申请资助总金额：人民币 佰 拾 万 仟 佰元正 (请另付财政细项予算表)

请用不超过1,000字简介计划内容：(包含：服务理据和目标、推行办法、社区/自闭症人士/家庭/大学社工学生的受惠、检讨评核基制、督导支援、员工培训及服务可持续性)

1. **计划咨询人 (请提供最少2位咨询人，不包括主要申请团体及合作伙伴联络人/职员)**

**第1位咨詢人資料**

咨詢人姓名： (中文) (英文)

咨询人身份： [ ]内地大学社工系 [ ]民间团体 [ ]残联/ 民政/ 教育/ 卫生系统机构 (#删去不适用项目)

[ ]自闭儿家长 [ ]香港注册社工/专业人士 # [ ]其他 (请注明)

认识主要申请团体及合作伙伴的年份 年

所属/就职团体名称：

联络人职称： 任职年期： 年 全职 / 兼职 / 义务不受薪 #

联络电话：(办事处) (手电)

电邮： (网站)

团体地址/通讯处： 省 市 县 区 路 邮政编码：[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

对申请计划的意见 (可选择把意见於下列空位書寫或直接电邮递交回 [csenie@ied.edu.hk](mailto:csenie@ied.edu.hk) / [cn2016@autism.hk](mailto:cn2016@autism.hk) )

(不超过500字意见)

**第2位咨詢人資料**

咨詢人姓名： (中文) (英文)

咨询人身份： [ ]内地大学社工系 [ ]民间团体 [ ]残联/ 民政/ 教育/ 卫生系统机构 (#删去不适用项目)

[ ]自闭儿家长 [ ]香港注册社工/专业人士 # [ ]其他 (请注明)

认识主要申请团体及合作伙伴的年份 年

所属/就职团体名称：

联络人职称： 任职年期： 年 全职 / 兼职 / 义务不受薪 #

联络电话：(办事处) (手电)

电邮： (网站)

团体地址/通讯处： 省 市 县 区 路 邮政编码：[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

对申请计划的意见 (可选择把意见於下列空位書寫或直接电邮递交回 [csenie@ied.edu.hk](mailto:csenie@ied.edu.hk) / [cn2016@autism.hk](mailto:cn2016@autism.hk) )

(不超过500字意见)

1. **其他补充数据**

[ ] 主要申请团体及合作伙伴的介绍单张 / 年报 / 财政报告 / 核数报告

[ ] 主要申请团体及合作伙伴，过往举办同类服务的业务报告

[ ] 相关服务调查报告 / 数据

[ ] 支持团体 / 专业人士 / 政府机构

[ ] 其他 (请注明)

**请在2015年10月24日 (星期五) 或以前，以电邮附档递交本回执** [**csenie@ied.edu.hk**](mailto:csenie@ied.edu.hk) **/** [**cn2016@autism.hk**](mailto:cn2016@autism.hk)