



CASS Care Limited
Residential Aged Care Facility (RACF)

Internal Use 內部使用
Date received:
Ref No:

APPLICATION FOR RACF ADMISSION
頤養院入住申請表格

Date of Application 申請日期	<input type="checkbox"/> Urgent 緊急 Non-urgent 非緊急
Reason for urgent application 緊急申請原因	
You would like to apply for 你想申請的頤養院是	<input type="checkbox"/> Campsie RACF: 67-75 Fifth Avenue, Campsie NSW 2194 <input type="checkbox"/> Asquith RACF: 461-473 Pacific Highway, Asquith NSW 2077
Please provide a copy of the following documents together with this application. 請把以下文件連同此申請表格一併遞交	
<input type="checkbox"/> 1. Aged Care Client Record/ Support Plan 服務評估 <input type="checkbox"/> 2. Income & Assets Assessment Outcome 收入及資產評估結果 <input type="checkbox"/> 3. Pension Card/ Veteran Card (if applicable) 福利金卡/ 退伍軍人卡 (如適用) <input type="checkbox"/> 4. Enduring Guardian/ other legal document (if applicable) 持久監護人/其他法律文件(如適用)	

Applicant Details 申請人資料	<input type="checkbox"/> Mr 先生 <input type="checkbox"/> Mrs 太太 <input type="checkbox"/> Ms 女士 <input type="checkbox"/> Other 其他
Gender 性別	<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女 <input type="checkbox"/> Other 其他
Surname 姓	Given Name 名
Chinese Name 中文姓名	Home Phone 家居電話
	Mobile Phone 手提電話
Address 地址	
Date of Birth 出生日期	Place of Birth 出生地點
Year in Australia 居澳年期	Religion 宗教
Australian Residency Status 澳洲居住資格	<input type="checkbox"/> Citizen 公民 <input type="checkbox"/> Permanent Resident 永久居民 Other, please specify 其他, 請說明
Marital Status 婚姻狀況	<input type="checkbox"/> Married 已婚 <input type="checkbox"/> Widowed 喪偶 <input type="checkbox"/> Separated 分居 <input type="checkbox"/> Divorced 離婚 <input type="checkbox"/> Single 單身
Email Address 電郵地址	Language Spoken 語言
Pension Card Number 福利金卡號碼	Expiry Date 到期日
Pension Type 福利金類型 (E.g. 例如 Aged Pension, Disability Pension)	
Financial Situation 財政狀況	<input type="checkbox"/> Full Pensioner 全額福利金領取者 <input type="checkbox"/> Part Pensioner 部份福利金領取者 Others, please specify 其他, 請說明

Contact Person of this Application 申請聯絡人		<input type="checkbox"/> As above 如上	
Other Contact Person 其他聯絡人 (1)		Relationship to applicant 與申請人關係	
<input type="checkbox"/> Mr 先生 <input type="checkbox"/> Mrs 太太 <input type="checkbox"/> Ms 女士 Other 其他			
Surname 姓		Given Name 名	
Chinese Name 中文姓名		Home Phone 家居電話	
		Mobile Phone 手提電話	
Address 地址			
Email Address 電郵地址			
Other Contact Person 其他聯絡人 (2)		Relationship to applicant 與申請人關係	
<input type="checkbox"/> Mr 先生 <input type="checkbox"/> Mrs 太太 <input type="checkbox"/> Ms 女士 <input type="checkbox"/> Other 其他			
Surname 姓		Given Name 名	
Chinese Name 中文姓名		Home Phone 家居電話	
		Mobile Phone 手提電話	
Address 地址			
Email Address 電郵地址			

GP & Health Fund Details 家庭醫生和醫保			
GP's Name 家庭醫生姓名		Phone No. 電話	
Address 地址			
Medicare Card number Medicare 卡號碼		Expiry Date 到期日	
Private Health Fund 私人醫療保險	<input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 沒有	Company 公司	
		Membership No. 會員號碼	

Other Personal Information 其他個人信息	
What formal services are you receiving? 您正在接受哪些正式服務?	<input type="checkbox"/> Home Care Package, Level 等級 Provider 供應商: Commonwealth Home Support Programme Provider 供應商: Residential Aged Care Facility 高齡頤養院 Provider 供應商: Others, please specify 其他, 請說明

<p>Who do you currently live with? 你現在和誰住在一起</p>	<input type="checkbox"/> Alone 獨居 Spouse/Partner 配偶/伴侶 Children 子女 Others, please specify 其他, 請說明	
<p>Do you fully or partly own a property? 你完全或部分擁有房產嗎</p>	<input type="checkbox"/> Fully Owned 全資擁有 <input type="checkbox"/> Partly Owned 部份擁有 <input type="checkbox"/> Do not own any property 不擁有任何房產	
<p>How are you related to CASS? 申請人與 CASS 有何關係</p>	<input type="checkbox"/> Existing service user 現有服務使用 Service type 服務類型: <input type="checkbox"/> CASS volunteer 義工 <input type="checkbox"/> CASS Board Member 董事局成員 <input type="checkbox"/> CASS Staff Members 員工 <input type="checkbox"/> No relationship 沒有關係 <input type="checkbox"/> Others, please specify 其他, 請說明	
<p>If you would like to provide more information about yourself, e.g. your care needs, financial contribution, community contribution, etc, please detail below. 如果你想提供更多關於你的信息，例如你的護理需求、經濟貢獻、社區貢獻等，請在下方詳細說明。</p>		
<p>Signature 簽署</p>		
<p>Name of Applicant 申請人姓名</p>	<p>Signature 簽署</p>	<p>Date 日期</p>
<p>Name (Authorised Representative) 授權人姓名</p>	<p>Signature 簽署</p>	<p>Date 日期</p>
<p>How to apply? 如何申請?</p>		
<p>By email 電子郵件: racf@casscare.org.au</p>	<p>By post 郵寄: CASS Residential Aged Care Facility 67-75 Fifth Avenue, Campsie NSW 2194</p>	<p>Enquiry 詢問: Campsie (02)9789 4587 Asquith (02)8529 8500</p>

