

捐助機構：



香港賽馬會慈善信託基金

## 「賽馬會智齒保健計劃」 2024-2027

### 服務目的

為居住於社區已確診腦退化症或柏金遜症人士提供免費基本牙科服務，及培養他們自我保持口腔衛生習慣，以維持正常飲食及身心健康為目的。

### 服務對象

服務對象為腦退化症或柏金遜症人士（申請人必須符合以下條件）：

條件	腦退化症	柏金遜症
1. 確診證明： • 醫生信/藥袋；或 • 「智友醫社同行計劃」會員 （需由社工轉介）	✓	✓
2. 領取長者生活津貼\$4,195 （最近三個月銀行存摺記錄）	✓	✓
3. 公共房屋住址證明 （例如水費單/銀行月結單等）	（不適用）	✓ （如未能提供長者生活津貼證明）
4. 至少有1隻天然牙齒	✓	✓
5. 過去兩年未曾參加過關愛基金 「長者牙科服務資助」	✓	✓
6. 未曾參加過「賽馬會智齒保健 計劃」	✓	✓

## 免費服務內容

可享有免費基本牙科服務 (6 個月內):

- 口腔檢查
- 全口 X 光
- 洗牙
- 牙齒衛生指導
- 補牙
- 脫牙
- 氟化物治療

陪診及的士車費資助 (每次資助上限為\$500 (實報實銷)/最多可申請 2 次)

## 機構合作

歡迎長者地區中心、長者鄰舍中心、長者服務中心，以及腦退化症/柏金遜症服務機構等，轉介腦退化症及柏金遜症人士參與此計劃；以及安排「智齒保健講座」，共同推廣口腔健康。

## 申請程序

1. 由申請人或照顧者致電 9100 3926 / 6898 3282 提交申請；或
2. 由轉介機構填寫轉介表格至「賽馬會智齒保健計劃」。
3. 本計劃負責同事會致電照顧者或申請人，並進一步確定申請人資格，如合乎申請資格，照顧者或申請人將會收到成功申請通知 (通常以 WhatsApp 通知) 及預約診症日期。
4. 申請人及照顧者需按照預約日期到診。

## 遞交申請方法

個人申請：致電 9100 3926 / 6898 3282 提交申請

轉介機構：以電郵或 whatsapp 轉介表格至「賽馬會智齒保健計劃」

電郵：yvonne.fong@lovingsmilesfoundation.org

WhatsApp: 6898 3282

## 主要牙科服務地點

新界葵涌祖堯邨祖堯坊 2 樓 A201 及 A202 號舖

(少量參加者將會安排到其他服務地點：香港中環、新界上水、九龍旺角)

計劃查詢：電話/WhatsApp：9100 3926 / 6898 3282