

# SAFE RETURN CARD APPLICATION FORM

## 安全归来卡申请表格

Photo to be pasted here.

Date 日期: \_\_\_\_\_

**\*\*Please tick where applicable(请在适当的格子打勾)\*\***

APPLICANT DETAILS 申请人资料	
Name 姓名	Gender 性别 <input type="checkbox"/> Male 男性 <input type="checkbox"/> Female 女性
NRIC No. 身份证号码	Date of Birth 出生日期
Residing Address 居住地址	Singapore 新加坡邮区( )
Race 种族	<input type="checkbox"/> Chinese 华族 <input type="checkbox"/> Malay 马来族 <input type="checkbox"/> Indian 印度族 <input type="checkbox"/> Others, please specify 其他,请列出: _____
Marital Status 婚姻状况	<input type="checkbox"/> Single 单身 <input type="checkbox"/> Married 已婚 <input type="checkbox"/> Divorced 离婚 <input type="checkbox"/> Separated 分居 <input type="checkbox"/> Widowed 守寡
Languages Spoken 使用语言	<input type="checkbox"/> English 英语 <input type="checkbox"/> Mandarin 华语 <input type="checkbox"/> Malay 马来语 <input type="checkbox"/> Tamil 淡米尔语 <input type="checkbox"/> Hokkien 福建话 <input type="checkbox"/> Cantonese 广东话 <input type="checkbox"/> Others 其他, please specify 请列出:
Known to any Hospitals / VWOs 在医院或福利机构接受服务	
Critical Medical Conditions 关键医药状况	<input type="checkbox"/> Dementia 失智症 <input type="checkbox"/> Asthma 哮喘病 <input type="checkbox"/> Diabetes 糖尿病 <input type="checkbox"/> Epilepsy 癫痫症 <input type="checkbox"/> Hypertension 高血压 <input type="checkbox"/> Others 其他, please specify 请列出:
NEXT-OF-KIN DETAILS 直属亲人	
Name 姓名	Gender 性别 <input type="checkbox"/> Male 男性 <input type="checkbox"/> Female 女性
NRIC No. 身份证号码	Date of Birth 出生日期
Relationship to Applicant 与申请人的关系	<input type="checkbox"/> Spouse 配偶 <input type="checkbox"/> Son 儿子 <input type="checkbox"/> Daughter 女儿 <input type="checkbox"/> Brother 兄弟 <input type="checkbox"/> Sister 姐妹 <input type="checkbox"/> Grandson 孙子 <input type="checkbox"/> Granddaughter 孙女 <input type="checkbox"/> Nephew 外甥 <input type="checkbox"/> Niece 外甥女 <input type="checkbox"/> Others 其他, please specify 请列出:
Residing Address 居住地址	Singapore 新加坡邮区( )
Contact Numbers 联络号码	Home 住家: _____ Mobile 手机: _____ Office 办公室: _____ Others 其他, please specify 请列出: _____
Email Address (If any) 电邮地址 (如有)	
Mailing Address for Safe Return Card 安全归来卡邮寄地址	
OTHERS 其他	
Please tick the information that you would like to be printed on the Safe Return Card 请打勾在您要印在安全归来卡上的信息	
<input type="checkbox"/> Address 地址 <input type="checkbox"/> Language Spoken 使用语言 <input type="checkbox"/> Medical Conditions 医药状况 <input type="checkbox"/> Telephone No. (Home) 电话号码 (住家)	
<input type="checkbox"/> Telephone No. (Mobile) 电话号码 (手机) <input type="checkbox"/> Telephone No. (Office) 电话号码 (办公室)	

Note:  
 1. The applicant will be registered with the Safe Return Initiative and their information will be stored in DDR. Necessary data will be shared with other agencies when referrals of services are required. 安全归来卡申请人的资料将被保存在"特殊人士注册表(Development Disability Registry)"的数据库。若申请人需要被转介到其它社会服务机构, 这些机构将能获取相关资料。  
 2. Please attach an assessment report by a doctor or therapist to confirm the applicant's condition. 请附加一份医生证明书或相关文件。

Caregiver's Name and Signature 照护者姓名与签名: \_\_\_\_\_