

職業性失聰(補償)條例 第15條

職業性失聰補償申請表

在填寫本表格前，請細閱「填表須知」。

假如你在填寫本表格時需要幫助，可在辦公時間內致電職業性失聰補償管理局，尋求協助。

第一部：申索人資料

英文姓名	<input type="text"/>		
中文姓名	<input type="text"/> *先生/女士		
香港身分證號碼	<input type="text"/> ()		
出生日期	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	年齡	<input type="text"/>
	(日 / 月 / 年)		
住址	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
電話號碼	<input type="text"/> 住宅	<input type="text"/> 日間	
	<input type="text"/> 手提電話/傳呼機號碼		

你會否向職業性失聰補償管理局申請職業性失聰補償？

*有/沒有

你會否獲職業性失聰補償管理局發放職業性失聰補償？

*有/沒有

若是有，請提供根據最近一次成功申請而發出的補償裁定證明書或覆核裁定證明書或法院命令(如適用)的副本

你有沒有因在工作環境中暴露於噪音而罹患神經性失聰，
並就引致的永久喪失工作能力得到其他的補償或損害賠償？

*有/沒有

* 請將不適用的刪去

此欄祇供本局職員填寫

申請編號	<input type="text"/>	接獲申請日期	<input type="text"/>
申請類型	<input type="text"/>		

第二部：受僱資料

請詳細列出你現在或過去曾經在香港受僱於指明的高噪音工作的資料(請參閱【填表須知】附錄部份)。假如你曾受僱多於1名僱主，請用受僱資料補充表格填寫其他的受僱資料。

僱主名稱	<input type="text"/>						
僱主地址及電話	<input type="text"/>						
	電話： <input type="text"/>						
任職日期	由	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	至	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
		(日 / 月 / 年)		(日 / 月 / 年)			
受僱期間	共	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月		
職位	<input type="text"/>						
目前/離職前的每月收入	\$	<input type="text"/>					
工作時數	每星期	<input type="text"/>	日	；	每日	<input type="text"/>	小時
工作地點	<input type="text"/>						
	<input type="text"/>						
工作簡述	<input type="text"/>						
	<input type="text"/>						

申索人親自使用或在申索人工作的緊鄰範圍內有其他人使用的高噪音工具或機器：

申索人親自使用或在申索人工作的緊鄰範圍內有其他人使用的高噪音工具或機器的名稱。	假如申索人有親自使用該工具或機器，他每日使用該工具或機器的時數。	假如申索人工作的緊鄰範圍內有人使用該工具或機器，該工具或機器與申索人的距離及每天在申索人緊鄰範圍使用的時數。
1.	申索人親自使用該工具或機器每天____小時	有人在距離申索人____公尺內使用該機器，每天____小時
2.	申索人親自使用該工具或機器每天____小時	有人在距離申索人____公尺內使用該機器，每天____小時
3.	申索人親自使用該工具或機器每天____小時	有人在距離申索人____公尺內使用該機器，每天____小時

高噪音工作類別 第 類 (請參閱【填表須知】附錄部份)

第二部：受僱資料(續)

同事的資料：

請提供兩位可證明你受僱情況的同事的姓名和其他資料。

1. 姓名			*先生/女士
職位			
住址			
電話	住宅	日間	
2. 姓名			*先生/女士
職位			
住址			
電話	住宅	日間	

證明曾受僱的文件證據：

假如你有文件證明你會受僱於這名僱主，請將這些文件證據的影印本交給管理局，並在下面註明你附交的文件種類：

- () 僱傭合約
- () 工資記錄
- () 由僱主填報的報稅表
- () 強制性公積金記錄
- () 其他 _____
(請註明)

有關這份受僱工作的補充說明：

* 請將不適用的刪去

請在適當的()內加上✓號

第三部：其他資料

請在下面提供其他你認為與這申請有關的資料。

第四部：聲明

本人現根據《職業性失聰（補償）條例》

*第14條 /第48(3)條 /第48(5)條產生的權利向職業性失聰補償管理局申請**首次補償**

第14A條產生的權利向職業性失聰補償管理局申請**再次補償**

並隨本申請表附上共_____份受僱資料補充表格。

我明白管理局會參考我過往向管理局提出補償申請時曾提供的資料，或管理局在審批那些申請時而獲得的有關資料，以審核我現時提交的申請。

我已細閱職業性失聰補償管理局收集個人資料的聲明。我同意管理局為處理我的申請，可將我的個人資料向其他人士或機構透露。我亦同意將我填報的資料向勞工處透露，以作記錄和統計之用。

我謹聲明我在本申請表及受僱資料補充表格所提供的所有資料，均屬真確。我明白根據《職業性失聰（補償）條例》第30(1)條，假如我提供虛假的資料或文件，我可被檢控。假如罪名成立，可被判入獄一年及罰款50,000元。

* 請將不適用的刪去

申索人簽署

日期
