



林路德傷健基金申請表

申請須知：

1. 請將申請表及申請項目有關文件一同寄回香港九龍旺角廣東道982號嘉富商業中心22樓2-4室，信封註明「申請林路德傷健基金」。
2. 請在申請項目進行前一個月遞交申請表。
3. 如有需要，評審委員會會約見申請人或團體負責人作進一步諮詢。
4. 審批結果會有專函通知申請人或團體負責人。
5. 獲基金資助人士完成申請項目後，需要提交報告、單據及收支結算。

(甲)個人申請

申請人姓名：_____（中文）_____（英文）

聯絡電話：_____ 電郵地址：_____

通訊地址：_____

是否傷殘人士： 是（所屬類別：_____） 不是

是否本會會員： 是（所屬單位：_____） 不是

申請項目：（只可選擇其中一項。項目1適合任何傷健人士申請，
項目2-5只適合本會傷殘人士申請。）

1. 事工計劃或研究計劃
2. 進修神學課程或宣教訓練
3. 短宣經費
4. 職場輔導
5. 短暫性慈惠支援



回 聲 谷 傷 健 福 音 協 會

ECHO VALLEY EVANGELISTIC ASSOCIATION FOR THE HANDICAPS LIMITED

香港九龍旺角廣東道982號嘉富商業中心22樓2-4室
電話：2783-0630 傳真：2781-2870 網址：www.echovalley.org.hk 電郵：info@echovalley.org.hk

申請資料：(請就申請項目提供詳細資料)

1. 事工計劃或研究計劃：請另行提交詳細計劃書

2. 進修神學課程或宣教訓練：

課程或訓練名稱：_____

主辦機構：_____

課程或訓練日期及時間：_____

課程或訓練費用：_____

進修或訓練原因：_____

進修後如何應用：_____

擬申請津貼金額：_____

3. 短宣經費：

短宣地點：_____

主辦機構：_____

短宣日期：_____

是次短宣的重點事工：_____



回聲谷傷健福音協會

ECHO VALLEY EVANGELISTIC ASSOCIATION FOR THE HANDICAPS LIMITED

香港九龍旺角廣東道982號嘉富商業中心22樓2-4室
電話：2783-0630 傳真：2781-2870 網址：www.echovalley.org.hk 電郵：info@echovalley.org.hk

申請人在是次短宣負責的工作：_____

需繳交的費用：_____

擬申請津貼金額：_____

4. 職場輔導：

提供輔導的機構：_____

需要接受輔導的原因：_____

預計接受輔導多少次：_____

預計所需的費用：每次_____元，合計_____元

擬申請津貼金額：_____

5. 短暫性慈惠支援：

有何特殊需要：_____

如何運用慈惠支援：_____

擬申請津貼金額：_____

聲明

本人在申請表填報的資料均屬真確事實。本人明白如故意在本申請表填報失實資料，將會喪失申請資格。

申請人簽署：_____ 申請日期：_____



回聲谷傷健福音協會

ECHO VALLEY EVANGELISTIC ASSOCIATION FOR THE HANDICAPS LIMITED

香港九龍旺角廣東道982號嘉富商業中心22樓2-4室
電話：2783-0630 傳真：2781-2870 網址：www.echovalley.org.hk 電郵：info@echovalley.org.hk

(乙)團體申請

團體名稱：_____

計劃負責人姓名：_____

聯絡電話：_____ 電郵地址：_____

通訊地址：_____

事工計劃或研究計劃名稱：_____

計劃詳情：請另行提交詳細計劃書

擬申請津貼金額：_____

聲明

本人代表上述團體在申請表填報及在計劃書申報的資料均屬真確事實。本人明白如故意在本申請表及計劃書填報失實資料，將會喪失申請資格。

申請人簽署：_____

申請日期：_____

_____ 團體印鑑