



澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
衛生局
Serviços de Saúde

延期提交報告申請表
Pedido de Prorrogação de Prazo para
Apresentação de Relatório
編號 N.º: CAPO 07

注意事項 Observações

- 請以正楷字體填寫，並用☑指出選項 Preencha em letra de imprensa e assinale com ☑ a sua resposta.
- 如有需要，可用白紙補充內容，並請簡簽和蓋章 Caso necessário, pode usar um papel branco para complementar o conteúdo, com rubrica e carimbo.

第一部分：社團的基本資料 1.ª PARTE: Informações básicas sobre a Associação

社團名字全稱 Nome completo da Associação							
聯絡人姓名 Nome da pessoa de contacto		聯絡電話 N.º de Telefone		電郵 Email		圖文傳真 N.º de Fax	

第二部分：申請的資助計劃和範圍 2.ª PARTE: Plano e âmbito para candidatura ao apoio financeiro

<input type="checkbox"/> 醫院醫療服務資助計劃 Plano de apoio financeiro para serviços de cuidados hospitalares	<input type="checkbox"/> 社區醫療服務資助計劃 Plano de apoio financeiro para serviços de cuidados comunitários
<input type="checkbox"/> 住院 Internamento	1) 社區醫療衛生和護理服務 Serviços de cuidados de saúde e enfermagem comunitários
<input type="checkbox"/> 門診 Consulta Externa	
<input type="checkbox"/> 急診 Urgência	
<input type="checkbox"/> 其他醫療服務 Outros serviços de cuidados	
<input type="checkbox"/> 防疫注射 Vacinação	
	<input type="checkbox"/> 門診和治療服務 Serviços ambulatoriais e terapêuticos
	<input type="checkbox"/> 牙溝封閉計劃 Plano de selante de fissuras
	<input type="checkbox"/> 康復護理服務 Serviços de enfermagem de reabilitação
	<input type="checkbox"/> 子宮頸癌篩查 Rastreio do cancro do colo do útero
	<input type="checkbox"/> 心理治療和宣傳推廣 Psicoterapia e promoção da saúde mental
	<input type="checkbox"/> 疾病檢驗服務，包括性病防治合作計劃、愛滋病病毒快速測試及丙肝病毒抗體快速測試等 Serviços de testagem de doenças, incluindo projecto de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e teste rápido de VIH e de anti-HCV
	<input type="checkbox"/> 院舍醫療服務 Serviços de assistência médica em lares
	<input type="checkbox"/> 牙周潔治計劃 Plano da limpeza dentária
	<input type="checkbox"/> 外展家居護理服務 Serviços externos de cuidados domiciliários
	2) 疾病預防和健康促進活動 Actividades de prevenção das doenças e promoção da saúde
	<input type="checkbox"/> 愛滋病的諮詢和外展服務 Serviços de aconselhamento e tratamento externo da SIDA
	<input type="checkbox"/> 控煙和控酒的推廣服務 Promoção sobre o controlo do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas
<input type="checkbox"/> 其他，請註明 Outro(s), indique _____ _____	



第三部分：申請內容 3.ª PARTE: Conteúdo de pedido

基於不可抗力或不可歸責於本機構的原因¹，現謹通知 貴局，無法按照《資助計劃》或資助批給的決定如期提交相關報告，故向 貴局申請延期提交報告（請別選以下適用項，可多選）：

Por causa de força maior ou outros motivos¹ não imputáveis a esta entidade, venho por este meio informar os vossos Serviços de que não é possível apresentar o respectivo relatório nos prazos previstos no “Plano de apoio financeiro” ou na decisão de concessão de apoio financeiro, pelo que, solicito aos vossos Serviços a prorrogação do prazo para a apresentação do relatório (selecione as opções conforme a sua situação real, podendo ser mais do que uma)

執行進度報告。

Relatórios sobre a execução da actividade ou projecto

總結報告¹，延期至____/____/____（日/月/年）提交（可申請延長提交期間不超過 30 日）。

Relatório final¹, cujo prazo de apresentação prorrogado para ____/____/____(Dia/Mês/Ano) (O prazo de apresentação do relatório final pode ser prorrogado até ao limite máximo de 30 dias).

執行商定程序報告¹，延期至____/____/____（日/月/年）提交（可申請延長提交期間不超過 30 日）。

Financiamento das despesas do relatório de execução dos procedimentos acordados², cujo prazo de apresentação prorrogado para ____/____/____(Dia/Mês/Ano) (O prazo de apresentação do relatório final pode ser prorrogado até ao limite máximo de 30 dias).

其他，延期至____/____/____（日/月/年）提交。

Outro(s), cujo prazo de apresentação prorrogado para ____/____/____(Dia/Mês/Ano).

◆ 原因（請於下列填寫或另附文件）：

Razão (indique no espaço abaixo fornecido ou, caso necessário, utilize um papel branco para tal)

◆ 並附同下列證明文件，詳見附件：

Indique os documentos comprovativos a apresentar para tal efeito e junte em anexo:



澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
衛生局
Serviços de Saúde

延期提交報告申請表
Pedido de Prorrogação de Prazo para
Apresentação de Relatório
編號 N.º: CAPO 07

第四部分：聲明 4.ª PARTE: Declaração

茲聲明所提供的資料皆如實申述，謹請批准，並聲明同意 貴局以下列任一方式回覆審批結果：

Para os devidos efeitos, declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e que concordo que a resposta ao resultado da apreciação seja dada pelos vossos Serviços, através de uma das seguintes formas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 電郵 · 電郵地址與申請文件相同
Por email, igual ao preenchido no pedido | <input type="checkbox"/> 電郵地址 (如不同) :
Através do email alternativo: _____ |
| <input type="checkbox"/> 信函 · 收件地址與申請文件相同
Por correspondência, para o endereço
preenchido no pedido | <input type="checkbox"/> 信函收件地址(如不同) :
Por correspondência, para o
endereço alternativo: _____ |

備註 Nota :

1. 根據《衛生局資助規章》第二十條第三款和第四款規定，如因不可抗力或經衛生局確認為不可歸責於受資助者的原因，導致無法按第一款規定的期間提交報告，受資助者應自相關事實發生之日起計 7 個工作日內通知衛生局。經衛生局批准，提交報告的期間為自上款所指的原因消失翌日起 30 日內。
- De acordo com os n.ºs 3 e 4 do artigo 20.º do Regulamento de Apoio Financeiro dos Serviços de Saúde, se, por causa de força maior ou outros motivos reconhecidos pelos Serviços de Saúde como não imputáveis aos beneficiários, não for possível apresentar os relatórios nos prazos previstos no n.º 1, deve este facto ser comunicado aos Serviços de Saúde no prazo de sete (7) dias úteis a contar da data da sua ocorrência. O prazo da apresentação dos relatórios é de 30 dias a contar do dia seguinte ao da extinção dos motivos referidos no número anterior, desde que seja autorizado pelos Serviços de Saúde.

負責人簽署及社團蓋章

Assinatura do responsável e carimbo da associação

姓名 Nome :

職稱 Cargo :

日期 Data : ____ / ____ / ____

日 Dia 月 Mês 年 Ano