
16 岁以下残障儿童生活津贴（Disability Living Allowance, DLA）申请表

第 1 页

关于填写本申请表

您需要做的事项：

- 请使用本申请表为 **16 岁以下儿童** 申请残障生活津贴（Disability Living Allowance, DLA）。
- 您也可以致电 **0800 121 4600** 索取纸质申请表。
- 在填写申请表之前，请花几分钟阅读随表附上的《信息手册》（Information Booklet）。手册包含重要信息，并解释了我们提出这些问题的原因。
- 如果您在台式电脑或笔记本电脑上使用 **PDF 阅读器** 填写本表，可以保存已输入的数据，因此无需一次完成全部填写。填写完成后，请打印申请表并邮寄给我们。您也可以先打印空白表格，再手写填写。
- 如果使用笔填写，请使用**黑色墨水**。
- 如果您填写本表有困难，可以请亲属、朋友或咨询机构工作人员协助您填写；但如果您能够签名，则必须由您本人签署申请表。
- 请尽可能完整回答所有问题，并提交我们要求的所有证明材料。如果未提供所需资料，您的申请可能会延误。有关所需证明材料，请参阅《信息手册》第 7 页。

申请进度通知

如果您希望我们在收到本申请表后，通过短信通知您，请填写您的手机号码：

手机号码：_____

与我们联系的其他方式

如果您需要以下任何服务，请联系我们：

- 盲文（Braille）
- 英国手语（British Sign Language, BSL）
- 听力感应环（Hearing Loop）

- 翻译服务
- 大字版
- 易读版（Easy Read）
- 音频版本
- 或其他无障碍服务

联系电话：**0800 121 4600**

如果您使用 **Relay UK**，请先拨 **18001**，然后再拨打我们的电话号码。

如果您居住在**威尔士（Wales）**，并希望获得威尔士语版本申请表，请致电：

0800 328 1744

第 2 页

特殊规则（Special Rules）

对于病情已进入生命末期，并且医生预计其寿命**不超过 12 个月**的儿童，我们适用特殊申请规则。

有关特殊规则的详细说明，请参阅《信息手册》第 5 页。

01 您是否依据特殊规则为该儿童申请？

☐ 否 → 请继续回答**第 2 题**。

☐ 是 → 您**无需**回答护理需求部分（**第 54 至 72 题**）。

为了帮助我们尽快处理申请，请提交一份关于儿童病情的 **SR1 医疗证明表**。

您可以向儿童的：

- 医生（Doctor）
- 专科医生（Specialist）

索取 **SR1 表格**，**无需支付任何费用**。

医生诊所接待员、护士或社会工作者也可以协助您办理。

如果您在填写完申请表时尚未取得 **SR1 表格**，请**不要等待**，

请先寄回申请表，否则儿童的福利支付可能会延误。

取得 **SR1 表格**后，请尽快寄给我们，或请医生或专科医生直接寄送给我们。

关于儿童（**About the child**）

填写儿童姓名时，请使用英文大写字母（**BLOCK CAPITALS**）。

有关填写本部分的帮助，请参阅《信息手册》第 8 页。

02 儿童姓氏（Surname / Family Name）

03 儿童所有名字（All other names in full）

04 儿童曾使用过的其他姓名（Any other names）

05 儿童国民保险号码（National Insurance Number, NI）

如果您不知道儿童的 NI 号码，请留空。

详见《信息手册》第 8 页。

06 出生日期

（日 / 月 / 年）

____ / ____ / ____

07 性别

☐ 男

☐ 女

08 家庭住址

（儿童通常居住的地址）

邮政编码（Postcode）

09 国籍

例如：

- 英国（British）
- 波兰（Polish）
- 印度（Indian）
- 护照或其他法律文件所注明的任何其他国籍。

第 3 页

关于儿童（续）

10 如果儿童是瑞士或欧洲经济区（EEA）国家的公民，他们是否在 **2021 年 1 月 1 日** 之前已居住于英国（UK）？

英国（UK）包括：

- 英格兰（England）
- 苏格兰（Scotland）
- 威尔士（Wales）
- 北爱尔兰（Northern Ireland）

☐ 否

☐ 是

☐ 不知道

11 儿童通常是否居住在英格兰或威尔士？

☐ 否

如果选择“否”，我们将就此与您联系。

☐ 是

12 自 **2021 年 7 月 1 日** 以来，儿童是否从苏格兰迁居至英格兰或威尔士？

☐ 否 → 请跳至第 15 题。

☐ 是

13 儿童迁居至英格兰或威尔士的日期是？

____ / ____ / _____

14 儿童目前是否正在领取或已经申请 **Child Disability Payment**（残障儿童津贴）？

☐ 否

☐ 是

15 在过去三年内，儿童是否从其他国家迁居到大不列颠（**GB**）居住？

大不列颠（**GB**）包括：

- 英格兰
- 苏格兰
- 威尔士

☐ 否 → 请跳至第 17 题。

☐ 是

16 儿童抵达大不列颠（**GB**）的日期是？

____ / ____ / _____

17 如知道，请填写儿童的护照号码。

第 4 页

关于出入境情况

18 在过去三年内，儿童是否曾前往海外？

“海外”是指离开大不列颠（**GB**，即英格兰、苏格兰和威尔士）前往其他国家或地区，例如：

- 经常出国度假；
- 前往海外探望亲友；
- 其他海外旅行。

☐ 否 → 请跳至第 19 题。

☐ 是

请填写儿童过去三年内**每一次**出国情况。如未提供完整资料，可能会延误您的申请。

离开 GB 日期 返回 GB 日期 前往国家或地区 出国原因

如果本页空间不足，请在第 89 题更多资料（More information）中填写。

如需另附纸张，请在每页写明：

- 儿童姓名（全名）
- 国民保险号码（NI）
- 并在每页签名及注明日期。

关于来自欧洲经济区（EEA）国家或瑞士的福利

19 儿童的父母或监护人是否正在领取欧洲经济区国家或瑞士支付的养老金或福利？

☐ 否

☐ 是

☐ 不知道

如果您回答“是”或“不知道”，我们将与您联系。

20 儿童的父母或监护人是否在欧洲经济区国家或瑞士工作，或向当地缴纳社会保险？

这里所说的“保险”，是指类似英国 **National Insurance**（国民保险）的工作缴费。

☐ 否

☐ 是

☐ 不知道

如果您回答“是”或“不知道”，我们将与您联系。

第 5 页

关于住院、临终关怀机构、寄宿学校或其他类似住宿

21 儿童目前是否正在医院住院？

☐ 否 → 请跳至第 22 题。

☐ 是

请填写：

住院日期：

____ / ____ / _____

医院全称及地址：

邮政编码：

医院联系电话：

儿童为何住院？

此次住院费用是否由英国国家医疗服务体系（NHS）承担？

☐ 否

☐ 是

22 在过去 12 个月内，儿童是否曾在临终关怀机构（Hospice）、寄宿学院（Residential College）或其他类似住宿机构过夜？

例如：

- 护理院（Residential Care Home）
- 寄宿学校（Boarding School）

- 或其他类似住宿机构

☐ 否 → 请跳至第 23 题。

☐ 是

请填写：

入住日期：

____ / ____ / ____

离开日期：

____ / ____ / ____

住宿机构全称及地址：

邮政编码：

住宿机构联系电话（如知道）：

以下任何机构是否承担了儿童入住期间的费用？

请勾选所有适用项：

☐ 地方政府（Local Authority）

☐ 卫生部门（Health Authority）

☐ 政府部门（Government Department）

部门名称：_____

☐ 英国国家医疗服务体系（NHS）

☐ 以上均无（None of these）

如过去 12 个月内还有其他住宿经历，请在第 89 题更多资料（More Information）中说明。

第 6 页

关于儿童的医疗专业人员或专科支持

为了帮助我们了解儿童的健康状况如何影响其日常生活，我们可能会联系儿童的医疗专业人员，以获取更多有关其困难情况的信息。

例如：

- 医院医生
- 专科顾问医生（Consultant）
- 护士
- 职业治疗师（Occupational Therapist）
- 物理治疗师（Physiotherapist）
- 教育心理学家
- 社会工作者
- 支持工作人员（Support Worker）

这些资料有助于我们更快地就您的申请作出决定。

23 儿童是否已经接受，或即将接受医疗专业人员或专科人员的评估，以帮助诊断、治疗、管理或监测其健康状况？

这里所说的**医疗评估**包括（但不限于）：

- 听力测试（Audiogram）
- 磁共振扫描（MRI）
- 言语治疗评估（Speech Therapy）
- 认知发展评估（Cognitive Development）
- 智商测试（IQ Test）
- 或其他相关评估

☐ 否 → 请跳至第 24 题。

☐ 是

如果儿童正在等待评估预约，请告知我们。

检查日期及检查类型	检查结果	是否正在等待结果?
示例: 2016 年 6 月视力检查	检查显示需要转介医院眼科医生。	☐ 否 ☐ 是
		☐ 否 ☐ 是
		☐ 否 ☐ 是
		☐ 否 ☐ 是
		☐ 否 ☐ 是
		☐ 否 ☐ 是

第 7 页

24 您是否拥有关于儿童健康状况的医疗信函或评估报告，并能够向我们提供副本？

这些文件可以来自帮助儿童管理其健康状况的医疗专业人员或专科人员，例如：

- 医生（Doctors）
- 健康访视员（Health Visitor）
- 职业治疗师（Occupational Therapists）
- 心理辅导员（Counsellor）
- 支持工作人员（Support Workers）

☐ 否 → 请跳至第 25 题。

☐ 是

请告诉我们您将提交哪些报告。

例如：

- 教育心理学家评估报告（Educational Psychologist's Report）
- 视力障碍证明（Certificate of Vision Impairment, CVI）

请不要寄送以下资料：

- 医院预约通知信
- 一般性说明资料
- 从互联网下载的介绍

请不要寄送原件。

因为我们无法保证退还原始文件。

请尽量提交这些资料，因为它们有助于我们更快处理您的申请。

第 8 页

25 儿童是否有除全科医生（GP）以外的医疗专业人员，为其健康状况提供支持？

☐ 否 → 请跳至第 26 题。

☐ 是

请填写以下资料：

医疗专业人员姓名（全名）

他们与儿童的关系

例如：

- 神经科医生（Neurologist）
- 物理治疗师（Physiotherapist）

工作地址（完整地址）

邮政编码（Postcode）

联系电话（如知道）

儿童的医院病历号码

您可在医院预约卡或预约信上找到此号码。

他们主要为儿童处理哪一种健康状况？

儿童最近一次因健康状况与该专业人员联系是什么时候？

如果儿童还有其他非全科医生（GP）的医疗专业人员，请在第 89 题更多资料（More information）中提供详细信息。

关于儿童的全科医生（GP）

26 儿童全科医生（GP）姓名

如果您不知道全科医生姓名，请填写诊所（Surgery）或医疗中心（Health Centre）的名称。

27 诊所完整地址

邮政编码（Postcode）

28 诊所联系电话（如知道）

29 请填写儿童最近一次因健康状况联系全科医生（GP）的日期

____ / ____ / ____

关于儿童的幼儿园、学校及教育或特殊教育需求

30 儿童目前就读学校或幼儿园名称

31 学校或幼儿园完整地址

邮政编码（Postcode）

第 9 页

关于儿童就读的学校及教育或特殊教育需求

32. 请填写一位我们可以联系的学校工作人员姓名，以便在需要时提供更多有关儿童的信息。

例如：

- 教师
- 熟悉儿童情况的学习支持工作人员（Support Worker）

姓名：

33. 如知道，请填写该联系人的电话号码。

34. 如知道，请填写该联系人的电子邮箱地址。

35. 儿童是否就读于普通学校（Mainstream School）？

☐ 否

☐ 是 → 请跳至第 37 题。

36. 儿童是否就读于特殊学校（Specialist School）？

例如：

为有学习困难儿童提供支持的特殊学校。

☐ 否

☐ 是

请说明学校类型：

如果儿童根据 **School Action** 或 **School Action Plus** 获得支持，教师会向地方政府提交有关儿童困难情况的报告。

如果地方政府认为需要进一步支持，他们将进行正式评估，并出具：

- 教育评估报告（**Assessment**）
 - 或特殊教育需求声明 / 计划（**Statemented Plan**）
-

37. 儿童是否拥有以下任何报告、计划或声明？

请勾选所有适用项。

☐ 教育、健康及护理计划（**Education, Health and Care Plan, EHCP**）

☐ 个人教育计划（**Individual Education Plan, IEP**）

☐ 个人行为计划（**Individual Behaviour Plan, IBP**）

☐ 地方政府出具的：

- 特殊教育需求声明（**Statement of Special Educational Needs**）
- 说明函（**Letter**）
- 替代说明（**Note in Lieu**）

☐ 协调支持计划（**Co-ordinated Support Plan, CSP**）

☐ 正在等待上述其中一种计划或报告

☐ 儿童目前没有上述任何报告、计划或声明

如果您拥有上述任何报告或声明，请附上**复印件**。

这些资料可能帮助我们更快处理您的申请。

请不要寄送原件，因为我们无法退还。

了解儿童情况人士的补充信息

标注：请孩子老师填写第 38 题

38. 是否还有其他人，可以向我们说明儿童面对的困难？

我们欢迎熟悉儿童健康情况的人士提供补充信息，以帮助我们更全面地了解儿童的困难需求。

补充信息可以说明：

- 儿童的健康状况如何影响他们的日常生活及出行能力；或
- 他们为儿童提供了哪些照顾、支持或帮助

补充说明可以由任何经常帮助该儿童的人士填写，例如：

- 医疗专业人员
- 社会工作者
- 老师
- 照顾者（Carer）
- 或其他熟悉儿童情况的人士

☐ 否 → 请跳至第 39 题。

☐ 是

请该人士填写以下陈述，并在第 11 页陈述人签署声明。

本陈述是关于：

出生日期

（日 / 月 / 年）

____ / ____ / ____

如果本页空间不足，请在第 89 题更多资料（More Information）继续填写。

如果另附纸张，请确保每页注明：

- 儿童全名
- 儿童国民保险号码（**National Insurance Number**，如适用）
- 并在每页签名及注明日期

这样有助于我们正确处理您的申请。

第 11 页

陈述人声明

填写第 38 题人士必须签署本声明，以确认其提供的有关该儿童的信息真实无误。

签名

姓名

请使用英文大写字母填写。

日期

____ / ____ / ____

职业

联系电话

（请包括区号）

通讯地址

邮政编码（**Postcode**）

与儿童的关系（如适用）

最后一次见到该儿童的日期？

第 12 页

信息共享

39 关于共享儿童健康资料

英国就业与退休保障部门 **DWP** (**Department for Work and Pensions, DWP**)，或由 **DWP** 认可并代表其工作的医疗专业人员，可能需要进一步了解儿童的健康状况，以及这些状况如何影响儿童的日常生活。

他们可能会向儿童的医生，或您在本申请表中提及的其他相关专业人士，索取与儿童有关的健康资料。

您是否允许儿童的医生或其他相关专业人士向 **DWP** 提供儿童健康情况的资料？

☐ 是 - 同意

☐ 否 - 不同意

DWP 如何使用这些资料

DWP 会将这些资料用于：

- 处理您的申请；
- 对您的申请作出决定；
- 处理您提出的强制复议 (**Mandatory Reconsideration**)；
- 处理您提出的上诉 (**Appeal**)。

法律允许 **DWP** 收集、保存及使用这些资料。

儿童的医生（或您向 **DWP** 提及的其他相关专业人士）必须取得您的同意，才能向 **DWP** 提供关于儿童健康情况的资料。

如果您表示同意，即表示您授权医生等相关专业人士依法与 **DWP** 分享儿童健康情况的资料。

DWP 有权向儿童的：

- 全科医生（GP）
- 医院专科医生（Hospital Consultant）
- 或其他相关专业人士

索取关于儿童健康状况及其影响的资料。

掌握这些资料也是 DWP 履行其社会保障的法定职责。

您并非必须同意，如果您不允许 DWP 向专业人士索取儿童的健康资料，

DWP 将根据：

- 已掌握的资料；以及
- 您自行提供的资料

对您的申请作出决定。

如果您改变主意

您可以随时反悔，请致电：**0800 121 4600**

告知工作人员您的决定：

- 允许共享儿童健康情况资料；或
- 撤回同意

如果您撤回同意，DWP 将不能向医生或本表列出的相关人士索取关于儿童健康情况的资料。

声明

本人已阅读并理解 DWP 如何使用上述资料。

签名：

日期：

____ / ____ / ____

第 13 页

关于儿童的健康状况

40 请说明儿童的健康状况。

健康状况包括：

- 身体障碍；
- 视力障碍；
- 听力障碍；
- 言语障碍；
- 学习困难；
- 发育障碍；
- 精神健康问题。

即使儿童尚未获得正式诊断，也请说明他们存在的困难。

例如：

如果儿童学习新事物存在困难，而您暂时不知道原因，请填写：

“学习困难（**Learning Difficulty**）”。

当我们询问“已有多久（**How long**）”时：

我们是指：

儿童的困难是从什么时候开始影响其日常生活的，

不是 医生正式作出诊断的日期。

治疗（**Treatment**）包括：

药物治疗：

- 药片
- 药膏
- 注射

治疗服务：

- 言语治疗（Speech Therapy）
 - 职业治疗（Occupational Therapy）
 - 游戏治疗（Play Therapy）
 - 物理治疗（Physiotherapy）
 - 心理辅导（Counselling）
-

请说明：

- 每种健康状况；
- 已持续多久；
- 接受哪些治疗；
- 每种治疗多久进行一次。

药物标签通常会注明：

- 药物名称；
- 剂量；
- 服用频率。

如果您有最新的处方清单（**Prescription List**），请与本申请表一并递交。

请填写下表

健康状况 已持续多久 接受哪些治疗 治疗频率

示例 1

健康状况：

注意力缺陷多动障碍（ADHD）

4 岁开始出现问题。

治疗：

- 认知行为治疗（Cognitive Behaviour Therapy）
- 利他林（Ritalin）30 毫克

治疗频率：

- 每周一次，每次一小时
 - 每日服用一片
-

示例 2

健康状况：

湿疹（Eczema）

约一年。

治疗：

- 异丙嗪（Promethazine）5mg
- 1% 氢化可的松乳膏（Hydrocortisone Cream）
- E45 润肤浴油（Emollient Bath Oil）

治疗频率：

- 每晚一次
 - 每日三次
 - 每天使用
-

示例 3

健康状况：

视力障碍（Visually Impaired）

自出生起。

治疗：

游戏治疗（Play Therapy）

治疗频率：

每天。

如果您需要更多空间填写儿童的健康状况，请在第 89 题更多资料（More Information）继续填写。

第 14 页

41 儿童是否正在使用、已获处方配发，或曾接受职业治疗评估，以使用任何辅助器具或家居改装设施？

辅助器具包括：

- 扶手（Hand rails）
- 高脚坐凳（Perching stools）
- 手杖（Walking sticks）
- 轮椅（Wheelchairs）
- 以及其他类似辅助器具。

☐ 否 → 请跳至第 42 题。

☐ 是

请说明：

- 儿童在家中、学校或其他地方使用的辅助器具；
- 已接受评估、已获批准或正在等待提供的辅助器具或改装设施；
- 儿童使用这些辅助器具时需要什么帮助，例如：
 - 看护（Supervision）
 - 提醒（Prompting）
 - 协助（Assistance）

有关说明，请参阅《信息手册》第 9 页。

请填写下表

辅助器具或改装设施 使用时需要哪些帮助 是否由医疗专业人员建议或处方配发？

☐ 是 ☐ 否

☐ 是 ☐ 否

☐ 是 ☐ 否

辅助器具或改装设施 使用时需要哪些帮助 是否由医疗专业人员建议或处方配发？

☐ 是 ☐ 否

☐ 是 ☐ 否

示例（辅助器具）

图片交换沟通卡（**Picture Exchange Cards**）

需要提醒儿童使用沟通卡与他人交流。

是否由医疗专业人员建议？

☐ 是

示例（改装设施）

扶手（**Hand Rails**）

无需协助即可使用。

是否由医疗专业人员建议？

☐ 是

如果填写空间不足，请继续在第 89 题更多资料（**More Information**）填写。

第 15 页

42 当儿童需要帮助时

我们知道，儿童每天或每周所需的帮助可能并不相同。

为了作出正确决定，我们需要了解：

儿童在**大多数日子**是否需要相同程度的帮助，还是他们每天的情况都会有所不同。

儿童需要的帮助属于哪一种？

☐ 大多数日子都差不多

☐ 每天情况都会有所变化

如果每天情况不同，请说明他们需要的帮助如何变化。

例如：

- 每隔 3 至 4 周，会有几天状况较好；
- 每年有 2 至 3 次病情恶化，需要更多照顾；
- 每周接受 3 次治疗，而治疗后的第二天需要更多照顾或监督。

请尽量详细说明：

第 16 页

关于儿童的出行能力（**Mobility Needs**）

出行能力部分（**Mobility Component**） 仅适用于 **3 岁或以上**的儿童。

如果儿童**未满 3 岁**，请直接跳至**第 54 题**。

我们希望了解儿童在以下两方面的困难：

- 站立（**Standing**）
- 行走（**Moving Around**）

这些困难可能由以下原因引起：

- 学习困难
- 认知障碍
- 身体障碍
- 或其他健康状况。

请注意：

DLA 并不是根据儿童患有什么障碍来决定是否给予福利，而是根据这些障碍对儿童日常生活造成的实际影响来决定。

在评估出行能力时，我们会考虑儿童：

- 是否能够站立；
- 以及是否能够在合理平坦的地面上行走。

43 儿童是否能够步行？

☐ 否 → 请跳至第 51 题。

☐ 是

44 儿童是否因健康状况而在站立或行走方面遇到困难？

例如：

- 能走的距离有限；
- 行走时间较长；
- 行走速度缓慢；
- 步态异常；
- 不愿步行；
- 或因行为问题而使自己或他人面临危险。

☐ 否 → 请跳至第 49 题。

☐ 是

45 在出现严重不适之前，儿童最多能够步行多远？需要多久？

这里所说的「严重不适」，是指：

儿童在必须停下来休息或无法继续前进之前，能够持续步行的总距离。

包括：

- 短暂停下来休息或喘气；
- 因疼痛需要休息；
- 因继续步行会引起严重行为困扰而无法继续前进。

有关说明，请参阅《信息手册》第 9 页。

儿童最多可以步行：

- ☐ 超过 200 米
 - ☐ 51–200 米
 - ☐ 50 米或以下
 - ☐ 只能走几步
-

完成上述距离约需：

- ☐ 超过 5 分钟
 - ☐ 3–4 分钟
 - ☐ 1–2 分钟
 - ☐ 少于 1 分钟
-

46 请说明儿童的步行速度。

请选择最符合儿童情况的一项。

☐ 正常

步行速度与没有健康状况的同龄儿童大致相同。

☐ 较慢

步行同样距离所需时间约为同龄儿童的两倍。

☐ 非常缓慢

无法跟上同龄儿童。

第 17 页（17 of 40）

47. 请说明孩子的步行姿态

请勾选最符合孩子步行姿态的选项：

- ☐ 步态正常
- ☐ 跛行

- ☐ 拖着脚走（蹭步）
- ☐ 拖着一条腿走
- ☐ 单腿或双脚内八字
- ☐ 用脚尖走路
- ☐ 平衡能力较差
- ☐ 有时无法行走
- ☐ 拒绝行走，或焦虑到无法行走
- ☐ 其他情况

请说明：

48. 孩子在站立行走期间或过后，是否还有其他困难？

例如：

- 头晕
- 焦虑
- 呼吸困难
- 疲劳
- 疼痛

例如：步行会导致踝关节红肿疼痛。

- ☐ 否（请跳至第 49 题）
- ☐ 是

请说明：

49. 孩子在户外行走时，大多数情况下是否需要他人引导或监督？

（详见说明手册第 10 页。）

- ☐ 否（请跳至第 50 题）

- ☐ 是
-

第 18 页 (18 of 40)

孩子是否能够：

在熟悉的地方找到方向？

- ☐ 否
- ☐ 是

主动询问并按照指示前往目的地？

- ☐ 否
- ☐ 是

在繁忙道路旁安全行走？

- ☐ 否
- ☐ 是

安全横过马路？

- ☐ 否
- ☐ 是

理解户外常见危险？

- ☐ 否
- ☐ 是

是否经常感到焦虑，并伴有焦虑的行为，显得困惑并丧失方向感？

- ☐ 否
- ☐ 是

是否经常出现不可预测的行为？

- ☐ 否
- ☐ 是

是否经常需要身体约束（例如有人拉住或控制其身体）？

- ☐ 否

- ☐ 是

50. 孩子是否因其健康状况而跌倒？

- ☐ 否（请跳至第 51 题）
- ☐ 是

请填写：

- 每月平均跌倒次数：_____

跌倒后是否能够自己站起来？

- ☐ 否
- ☐ 是

跌倒后，是否曾去医院处理伤口？

- ☐ 否
 - ☐ 是
-

51. 孩子何时出现站立行走困难？

大概年月

通常情况下，只有孩子持续出现站立行走困难超过 **3 个月**时，才符合 DLA 出行部分（Mobility Component）的申请条件。

Motability 计划

Motability Scheme 允许残障人士使用全部或部分出行津贴来租赁：

- 汽车
- 电动代步车（Scooter）
- 电动轮椅

父母或开户人可以代表 **3 岁及以上** 的儿童加入该计划。

52. 如果孩子符合 Motability 计划申请资格，您是否希望我们向您寄送相关资料？

我们不会向 Motability 计划 分享您的个人信息。

- ☐ 否
- ☐ 是

如果您以后不再希望收到关于 **Motability** 计划的资料，请致电 **0800 121 4600** 通知我们。

第 19 页 (19 of 40)

关于孩子出行能力的补充说明

53. 请告诉我们任何其他有关孩子站立、行走困难，或他们每天出行能力变化情况的信息。

如果填写空间不足，请继续在第 89 题更多信息 (**More information**) 中补充。

第 20 页

关于儿童的看护需求 (**Care Needs**)

如果您是根据**特殊规则** (**Special Rules**) 为临终儿童申请 **DLA** 津贴，请跳至第 **73** 题。

我们需要了解儿童因认知、学习能力或健康状况，在日常生活方面遇到的困难。

我们不会因为儿童患有某种特定的健康状况而支付 **DLA** 津贴，而是考量该健康状况给儿童日常生活造成的影响以及其看护需求，从而决定该儿童是否有资格领取 **DLA** 生活津贴。

关于日间看护需求

这里所说的**日间**，是指父母或看护人上床睡觉之前的所有时间。

例如：

- 儿童早上 7 点起床，晚上 8 点睡觉；
- 父母早上 7 点起床，晚上 11 点睡觉；

- 那么日间就是上午 7 点至晚上 11 点。
- 晚上 11 点之后所需的帮助，将算作**夜间看护需求**。

第 54 题

儿童是否需要鼓励、提醒或协助，才能上下床或在床上安顿下来？

例如：

- 起床叫醒；
- 将双腿移上移下床铺；
- 由躺卧姿势坐起来；
- 准备睡觉并安顿下来。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 11 页）

☐ 否 → 跳至**第 55 题**

☐ 是

请告诉我们孩子每天需要帮助多少次，以及每次需要多长时间。

如果某项活动**不需要帮助**，请填写 0 次。

请填写：

- 每天需要鼓励、提醒或协助**起床叫醒**多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助**上床睡觉**多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助**准备睡觉安顿下来**多少次？
- 每次需要多少分钟？

如果您需要提供更多关于儿童日常生活或看护需求的信息，请在**第 72 题**填写。

第 21 页

第 55 题

儿童是否需要鼓励、提醒或协助才能完成如厕？

包括：

- 上下普通坐便器；
- 排便或排尿（包括使用便盆、尿瓶、导尿管等辅助器具）；
- 如厕后清洁身体。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 12 页）

☐ 否 → 跳至**第 56 题**

☐ 是（请勾选所有适用项）

儿童需要鼓励、提醒或协助：

- ☐ 去厕所
- ☐ 穿脱裤子或整理衣物
- ☐ 上下马桶
- ☐ 擦拭及清洁身体
- ☐ 洗手并擦干
- ☐ 使用导尿管、造口袋或造口
- ☐ 更换纸尿裤或护理垫

如果需要进一步说明儿童的看护需求，或说明其需求如何每天有所变化，请在**第 72 题**填写。

例如：他们感到疼痛不适，或容易情绪激动。

第 56 题

儿童是否需要鼓励、提醒或协助才能在室内走动、上下楼梯或从椅子上起身坐下？

包括**轮椅**在内的**任何类型**的椅子。

这包括：

- 在室内不同空间走动；
- 上下楼梯；
- 坐到椅子上、坐稳以及从椅子上起身。

室内可以是：在家里，朋友家，在学校，或任何室内场所。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 13 页）

☐ 否 → 跳至**第 57 题**

☐ 是（请勾选所有适用项）

儿童需要鼓励、提醒或协助：

- ☐ 上下一级台阶
- ☐ 上楼
- ☐ 下楼
- ☐ 安全地走动
- ☐ 从椅子上起身坐下
- ☐ 坐稳

如果需要进一步说明儿童的照护需求，或说明其需求每天如何变化，请在**第 72 题**填写。

例如：孩子容易撞到家具或门。

第 22 页

第 57 题

儿童是否需要鼓励、提醒或协助洗漱、洗澡、淋浴及擦干身体？

这包括：

- 进出浴缸或淋浴间；
- 洗头；
- 擦干身体；
- 使用肥皂；
- 使用牙刷；
- 检查仪容仪表。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 14 页）

☐ 否 → 跳至**第 58 题**

☐ 是

请告诉我们孩子每天需要帮助多少次，以及每次需要多长时间。

如果某项活动不需要帮助，请填写 0 次。

请填写：

- 每天需要提醒或协助洗脸多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要提醒或协助刷牙多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助洗头多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助进出浴缸多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助进出淋浴间多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助洗澡多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助洗澡后擦干身体多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助整理和检查仪容多少次？

第 23 页

- 每次需要多少分钟？

如果您需要提供更多有关儿童日常生活或看护需求的信息，请在**第 72 题**填写。

第 58 题

儿童是否需要鼓励、提醒或协助穿脱衣服？

这包括：

- 根据天气或活动选择合适的衣服；
- 选择干净的衣服；

- 按正确顺序穿衣；
- 伸胳膊伸腿配合穿脱衣服。
- 这里不包括如厕时的穿脱衣物。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 15 页）

☐ 否 → 跳至**第 59 题**

☐ 是

请告诉我们孩子每天需要帮助多少次，以及每次需要多长时间。

如果某项活动**不需要帮助**，请填写 0 次。

请填写：

- 每天需要鼓励、提醒或协助**穿衣**多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助**脱衣**多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助**拉拉链、系纽扣或使用其他系扣方式**多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助**选择合适的衣服**多少次？
- 每次需要多少分钟？

如果您需要提供更多有关儿童日常生活或看护需求的信息，请在**第 72 题**填写。

第 59 题

儿童是否需要鼓励、提醒或协助进食和饮水？

这包括：

- 记得什么时候该吃饭；
- 将食物切成小块；
- 将食物或饮料送入口中；
- 咀嚼及吞咽食物和饮料。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 16 页）

☐ 否 → 跳至**第 60 题**

☐ 是

请告诉我们孩子每天需要帮助多少次，以及每次需要多长时间。

如果某项活动不需要帮助，请填写 0 次。

请填写：

- 每天需要鼓励、提醒或协助**进食**多少次？
-

第 24 页

- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助**使用汤匙**多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助**将盘中的食物切成小块**多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助**用杯子喝水或其他饮料**多少次？
- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助**通过喂食管或营养泵进食**多少次？
- 每次需要多少分钟？

如果您需要提供更多有关儿童日常生活或看护需求的信息，请在**第 72 题**填写。

第 60 题

儿童是否需要鼓励、提醒或协助**按时服药，监测指标或居家治疗**？

这包括：

- 监测疼痛、血糖及血氧水平；
- 提醒或监督按时服药；
- 从包装中取出药物；
- 居家治疗，例如物理治疗或居家透析。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 17 页）

☐ 否 → 跳至**第 61 题**

☐ 是

请告诉我们孩子每天需要帮助多少次，以及每次需要多长时间。

如果某项活动不需要帮助，请填写 0 次。

请填写：

- 每天需要鼓励、提醒或协助**按正确剂量服药**多少次？
 - 每次需要多少分钟？
 - 每天需要鼓励、提醒或协助**按时服药**多少次？
 - 每次需要多少分钟？
 - 每天需要鼓励、提醒或协助居家治疗多少次？
-

第 25 页

- 每次需要多少分钟？
- 每天需要鼓励、提醒或协助**按时进行居家治疗**多少次？
- 每次需要多少分钟？

如果您需要提供更多有关儿童日常生活或看护需求的信息，请在**第 72 题**填写。

第 61 题

儿童是否有视力困难？

这包括：佩戴眼镜或隐形眼镜时的视力情况。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 17 页）

☐ 否 → 跳至**第 62 题**

☐ 是

儿童是否已被正式认定为严重视力受损（Severely Sight Impaired）或视力受损（Sight Impaired）？

如果已经获得认定：

- 孩子已在医院或眼科门诊接受检查；

- 《视力受损证明》(Certificate of Vision Impairment, 简称 **CVI**) 已发送至当地社会服务部门;
- 您也应收到一份副本。

如果已经获得认定视力受损, 请寄给我们 **CVI** 副本。请勿寄送原件, 因为我们无法退还。

☐ 已认定为**严重视力受损**→ 跳至第 62 题

☐ 已认定为**视力受损**

请回答以下问题:

- 孩子是否能看清电脑键盘按键或书中的大号字体?
 - ☐ 否
 - ☐ 是
- 孩子是否能看电视并理解故事情节?
 - ☐ 否
 - ☐ 是
- 孩子是否能看见房间内家具的轮廓?
 - ☐ 否
 - ☐ 是
- 孩子是否能看清房间另一端的人?
 - ☐ 否
 - ☐ 是
- 孩子是否能看清马路对面的人?
 - ☐ 否
 - ☐ 是

如果您需要提供更多有关儿童日常生活或看护需求的信息, 请在**第 72 题**填写。

第 62 题

儿童是否有听力困难?

这里指的是**佩戴助听器后**，听声音或听别人说话仍存在困难。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 18 页）

☐ 否 → 跳至**第 63 题**

☐ 是

- 孩子是否在过去 **6 个月内**接受过听力检查（Audiology Test）？
 - ☐ 否
 - ☐ 是

如果您能提供听力检查报告副本，可能有助于我们更快处理您的申请。**请勿寄送原件，因为我们无法退还。**

- 孩子是否能够在安静的房间内听见窃窃私语？
 - ☐ 否
 - ☐ 是

第 26 页

- 孩子是否能够在安静的房间内听见正常说话的声音？
 - ☐ 否
 - ☐ 是
- 孩子是否能够在安静的房间内听见大声说话的声音？
 - ☐ 否
 - ☐ 是
- 孩子是否只能把电视、收音机或 CD 调至最大音量才能听见？
 - ☐ 否
 - ☐ 是
- 孩子是否能够听见学校铃声或汽车喇叭声？
 - ☐ 否
 - ☐ 是

如果您需要提供更多有关儿童日常生活或看护需求的信息，请在**第 72 题**填写。

第 63 题

儿童是否有说话困难？

这里指的是能够清楚地说出单词和句子的能力。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 19 页）

☐ 否 → 跳至第 64 题

☐ 是

请回答：

- 孩子是否能够清楚地完整地说出句子？
 - ☐ 否
 - ☐ 是
- 孩子是否能够把单词组合成简单句子？
 - ☐ 否
 - ☐ 是
- 孩子是否能够说出单个词语？
 - ☐ 否
 - ☐ 是
- 孩子是否能用言语与认识的人交流？
 - ☐ 否
 - ☐ 是
- 孩子是否能用言语与不认识的人交流？
 - ☐ 否
 - ☐ 是

如果您需要提供更多有关儿童日常生活或看护需求的信息，请在第 72 题填写。

第 64 题

儿童是否存在沟通困难，并需要帮助？

这包括：

- 理解别人对他们说的话并做出相应回答；
- 向别人表达自己的感受；
- 理解和执行指令，以及向别人发出指令。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 20 页）

☐ 否 → 跳至**第 65 题**

☐ 是

孩子是否使用以下任何一种方式，进行沟通？（可多选）

- ☐ 英国手语（**BSL**）
- ☐ 书写
- ☐ 唇读
- ☐ 手势、面部表情及肢体语言
- ☐ **Makaton** 沟通系统
- ☐ 手语辅助英语（**SSE**）
- ☐ 手语英语（**SE**）
- ☐ 指拼（**Finger spelling**）
- ☐ 图片交换沟通系统（**PECS**）
- ☐ **Tadoma** 触觉沟通法

第 27 页

如果孩子使用上述未列出的其他方式进行沟通，请说明：

孩子是否能够用任一沟通方式与熟悉的人沟通？

☐ 否

☐ 是

孩子是否能够用任一沟通方式与不熟悉的人沟通？

☐ 否

☐ 是

如果您需要提供更多有关儿童日常生活或照护需求的信息，请在**第 72 题**填写。

第 65 题

儿童是否会出现抽搐、昏厥、癫痫发作或类似情况？

这包括：

- 癫痫发作；
- 非癫痫性发作；
- 热性惊厥；
- 晕厥；
- 短暂失神；
- 意识丧失；
- 低血糖发作（Hypoglycaemic attacks）。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 21 页）

☐ 否 → 跳至**第 66 题**

☐ 是

请说明：孩子属于哪种发作情况，以及发作时会发生什么：

发作前是否会有预警（先兆）？

☐ 否

☐ 有

☐ 有时有

孩子是否能够识别预警并告诉家长？

☐ 否

☐ 是

☐ 有时可以

孩子是否能够识别预警并采取适当措施？

☐ 否

☐ 是

☐ 有时可以

过去 6 个月内，孩子是否因抽搐、昏厥或癫痫发作而受伤？

☐ 否

☐ 是

发作后，是否有伤害自己或他人的风险？

☐ 否

☐ 是

平均每个月发作多少天？

_____ 天

其中抽搐发作多少次？

_____ 次

平均每个月有多少个夜晚会发作？

_____ 夜

其中抽搐发作多少次？

_____ 次

第 28 页

过去 12 个月内，孩子是否发生过癫痫持续状态（**Status Epilepticus**）？

这是指：癫痫持续发作超过 30 分钟；或连续多次发作，中间一直未恢复意识。

☐ 否

☐ 是

如果您需要提供更多有关儿童日常生活或看护需求的信息，请在**第 72 题**填写。

第 66 题

儿童是否需要有人时刻监督，以确保他们的安全？

这意味着需要有人留意他们的情绪、行为，以及他们对周围人、环境变化和事物的反应。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 22 页）

☐ 否 → 跳至第 67 题

☐ 是

请回答：

孩子是否能够识别并应对常见危险？

☐ 否

☐ 是

孩子是否能够适应事先计划好的日常安排变化？

☐ 否

☐ 是

孩子是否能够适应临时发生的日常安排变化？

☐ 否

☐ 是

孩子是否经常：

感到焦虑或恐慌？

☐ 否

☐ 是

感到沮丧或情绪受挫？

☐ 否

☐ 是

伤害自己或他人？

☐ 否

☐ 是

觉得有人会伤害他们？

☐ 否

☐ 是

出现辱骂他人或其他可能伤害自己或他人的失控行为？

☐ 否

☐ 是

冲动行事？

☐ 否

☐ 是

压力过大而情绪崩溃？或失去对周围环境的意识？

☐ 否

☐ 是

如果您需要告诉我们更多关于孩子的困难或他们的看护需求如何每天变化的信息，请在第 72 题中填写。

第 29 页

第 67 题

儿童是否需要额外帮助促进他们的发展？

这里指帮助他们：

- 学习如何理解他人的行为；
- 学习如何对他人、各种情况及周围环境作出适当反应。

（有关说明，请参阅《信息手册》第 22 页）

☐ 否 → 跳至第 68 题

☐ 是

孩子是否需要帮助：

理解周围世界？

☐ 否

☐ 是

认识周围环境？

☐ 否

☐ 是

理解并遵循指示？

☐ 否

☐ 是

与其他儿童一起玩？

☐ 否

☐ 是

独自玩耍？

☐ 否

☐ 是

参与集体活动？

☐ 否

☐ 是

做出适当行为？

☐ 否

☐ 是

理解、回应他人的行为？

☐ 否

☐ 是

如果您需要进一步说明儿童的困难，或说明他们每天需求如何变化，请在**第 72 题**填写。

第 68 题

儿童在学校或幼儿园是否需要鼓励、提醒或协助？

（有关说明，请参阅《信息手册》第 23 页）

☐ 否 → 跳至第 69 题

☐ 是

在校期间，孩子是否需要鼓励、提醒或协助：

去厕所？

☐ 否

☐ 是

安全地往返不同课堂？

☐ 否

☐ 是

更换衣服，参加体育课或其他活动？

☐ 否

☐ 是

去吃午餐？

☐ 否

☐ 是

第 30 页

在校期间，孩子是否需要鼓励、提醒或协助：

服药或进行治疗？

☐ 否

☐ 是

进行交流？

☐ 否

☐ 是

孩子在学习方面需要哪些额外帮助？

孩子在学校或幼儿园的行为表现如何？

孩子通常如何往返学校或幼儿园？

如果您需要提供更多有关儿童日常生活或看护需求的信息，请在**第 72 题**填写。

第 31 页

69 孩子是否需要鼓励、提醒或协助才能参加兴趣爱好、社交活动或宗教活动？

（请参阅《信息手册》第 24 页）

☐ 否 → 请前往：夜间看护需求部分

☐ 是

请说明：

- 如果有人帮助，他们会做什么或能够做什么；
- 他们需要什么帮助才能进行这些活动；
- 如果有人帮助，他们多久进行一次这些活动；
- 每次需要帮助多长时间。

在家时

活动	需要的帮助	多久一次？	每次多长时间？
示例：绘画	鼓励他们拿取绘画用品；鼓励他们保持兴趣；帮助他们事后洗手	每周 2 次	1 小时

外出时

活动	需要的帮助	多久一次？ 每次多长时间？
----	-------	---------------

示例：游泳	帮助更衣、进出泳池、擦干身体	每周 1 次 45 分钟
-------	----------------	--------------

第 32 页

夜间看护需求

夜间是指家中所有人都已经上床睡觉的时间。

例如：

孩子晚上 8 点睡觉；父母或看护人晚上 11 点睡觉；则夜间从晚上 11 点开始。

晚上 11 点之前提供的任何帮助，都属于日间看护需求。

（请参阅《信息手册》第 24 和 25 页）

70 由于健康状况，孩子是否会在夜间醒来，并需要协助或照看？

☐ 否 → 跳至第 71 题

☐ 是

请填写他们需要帮助的频率、每次需要多长时间，以及每周有多少个夜晚需要帮助。
如果某项活动不需要帮助，请填写数字“0”。

平均每周有几个夜晚需要鼓励、提醒或协助上床、下床或翻身？

每次需要多少分钟？

每晚需要帮助多少次？

平均每周有几个夜晚需要鼓励、提醒或协助如厕、换尿布或护理垫？

每次需要多少分钟？

每晚需要帮助多少次？

平均每周有几个夜晚需要鼓励、提醒或协助进行居家治疗？

每次需要多少分钟？

每晚需要帮助多少次？

平均每周有几个夜晚需要鼓励、提醒或协助安抚入睡或重新入睡？

每次需要多少分钟？

每晚需要帮助多少次？

平均每周有几个夜晚因为没有危险意识或可能伤害自己或他人而需要照看？

每次需要多少分钟？

第 33 页

每晚需要帮助多少次？

平均每周有几个夜晚因为四处走动（游走）而需要照看？

每次需要多少分钟？

每晚需要帮助多少次？

平均每周有几个夜晚因行为问题而需要照看？

每次需要多少分钟？

每晚需要帮助多少次？

如果您需要提供更多关于孩子日常生活或看护需求的信息，请在第 72 题中填写。

关于看护需求的补充信息

71 孩子的看护需求是从什么时候开始的？

如果记不清确切日期，请填写：大概年月 MM / YYYY

通常情况下，当孩子已连续需要看护超过 3 个月时，才符合领取残障儿童生活津贴看护部分的条件（Care Component, DLA）。

第 34 页

关于孩子日常生活及看护需求的更多信息

72 请告诉我们任何其他有关孩子日常生活困难、看护需求，或其需求如何随时变化的信息。

（如需更多填写空间，请在**第 89 题**继续填写，或另附一张纸。）

若另附纸张填写，请在每张纸上写明：

- 孩子的姓名
- 国民保险号（National Insurance, NI 号）
- 出生日期

第 35 页

关于您（家长及看护人信息）

本页填写**您的**信息，而不是孩子的信息。

（填写本部分前，请参阅《信息手册》第 26 页。）

73 您的姓氏（Surname / Family name）

74 您的名字

称谓（Title）

例如：先生（Mr）太太（Mrs）小姐（Miss）女士（Ms）

75 您的出生日期

（日/月/年）**DD / MM / YYYY**

76 您的国民保险号（National Insurance Number, NI 号）

77 如果您的住址与孩子不同，请填写您的地址。

地址：

邮政编码（Postcode）

78 如果您居住在威尔士，您是否希望我们使用威尔士语与您联系？

☐ 否

☐ 是

79 您的联系方式

电子邮箱地址

电话号码

80 您与孩子的关系

81 您的国籍

例如：英国（British）波兰（Polish）印度（Indian）或您护照或法律文件上所注明的其他国籍

关于低收入福利（Income Support）

82 您目前是否正在领取，或正在等待低收入福利申请的结果？

☐ 否

☐ 是

83 您家庭中是否有人正在领取，或正在等待低收入福利申请的结果？

☐ 否

☐ 是

如果是，请填写：

- 他/她的姓名
 - 国民保险号（NI Number）
 - 与您的关系
-

第 36 页

我们如何向您付款

请填写您的银行账户资料

（填写账户资料之前，请务必阅读《信息手册》第 26 页。）

请务必正确填写所有栏目，包括房屋互助储蓄银行（**Building Society**）的账户号（**Roll Number**）或参考号码（**Reference Number**）（如适用）。

（若账户资料填写错误，付款可能会延迟，或导致孩子无法及时收到应得福利。）

84 账户持有人姓名

请按照借记卡（**Debit Card**）、银行对账单（**Statement**）或支票簿（**Chequebook**）上的姓名准确填写。

85 银行或房屋互助储蓄银行（**Building Society**）全称

86 银行代码（**Sort Code**）

请填写全部 **6** 位数字。

例如：**12-34-56**

___ — ___ — ___

87 银行账户号码（**Account Number**）

大多为 **8** 位数字，请从左侧顺序填写。

88 房屋互助储蓄银行账户号（**Building Society Roll Number**）或参考号码（**Reference Number**）

如果您使用的是房屋互助储蓄银行账户，则需填写账户号（**Roll Number**）或参考号码（**Reference Number**）；该号码可能由字母和数字组成，最长可达 **18** 个字符。

（如果您不确定是否有账户号或参考号码，请向您的房屋互助储蓄银行咨询。）

第 37 页

更多信息

89 请告诉我们您认为我们还应该了解的有关孩子日常生活困难的其他信息。

（如果填写空间不足，请另附纸张继续填写。）

请在每张附页上注明：

- 孩子的姓名
- 国民保险号（National Insurance, NI 号）
- 出生日期

第 38 页

声明（Declaration）

（请仔细阅读并签署以下声明。）

我声明：

- 本申请表中所填信息均完整真实。
- 在领取残障儿童生活津贴期间，若情况发生变化，我将立即致电 08001214600 报告。

我明白：如果故意提供虚假资料、隐瞒重要事实或未报告情况变化，您可能：

- 受到法律追究；
- 需支付处罚金；
- 福利被减少或停止发放；
- 退还多领取的福利金；
- 如果我们少付了您的福利，我们可能会补足差额。

我明白：就业及退休保障部门 DWP，可能会使用本次申请所提供的信息，决定孩子是否有资格领取：

- DLA 残障儿童生活津贴
- 我已申请的其他福利
- 将来可能申请或获得的福利

申请人签名

申请人正楷签名

申请日期

(日 / 月 / 年) **DD / MM / YYYY**

(如果您是代表孩子填写本申请表, 请签署您的姓名。)

第 39 页

核对清单 Checklist

在寄出申请之前, 请确认:

- ☐ 您是否已在第 25 题中填写了孩子见过的任何其他医疗专业人员的完整信息?
 - ☐ 您是否已在第 26 题中填写了孩子全科医生的完整信息?
 - ☐ 填写第 38 题的老师或其他人士, 已在第 11 页签署陈述人声明?
 - ☐ 您是否已在第 39 题中勾选了同意 DWP 共享信息的方框, 了解其如何使用共享信息, 并签名?
 - ☐ 填写第 35 页“关于您”(申请人信息)的家长, 也在第 38 页签署声明和日期?
 - ☐ 您是否已在第 89 题中提供了任何额外信息?
 - ☐ 如果您的申请将延迟送达, 您是否已在第 89 题中告知我们原因?
-

接下来该怎么做 What to do now

请立即将申请表和所有证明文件装入回邮信封寄回给我们。

请务必在您寄送的所有证明文件上注明孩子的姓名和国民保险号码。

如果您没有回邮信封, 请将填妥的申请表寄至: **Freepost DWP DLA Child (免邮费)**

如果您正在等待某些证明文件, 不要延迟先将申请表寄回。

请仅寄送您已有的最新证明文件的复印件, 因为我们无法退还原件。

请勿寄送 CD、DVD、U 盘或任何类型的电子证明, 因为我们无法访问电子证明。

请勿寄送预约卡或有关孩子病情的一般信息, 例如情况说明书或来自互联网的信息。

(如果您需要帮助, 可致电 DLA 热线 **0800 121 4600**)
