

**Assessment of Funding and Service Agreement (FSA) services/FSA-related activities/Non-FSA services
(Supplementary Information to Beat Drugs Fund (BDF) 2023 Funding Exercise -- Regular Funding Scheme)
(to be completed by organisations subvented by the Social Welfare Department only)**

Name of Subvented Organisation: _____
 Project Title in BDF Application: _____
 FSA concerned: _____

Relevant Parts in Details Criteria	Project in BDF Application	Same as FSA/ Relevant to FSA/ Different from FSA (Note)	Content of FSA Concerned (must be completed for Project with criteria same as/ relevant to FSA)
(a) Purpose and Objectives		<input type="checkbox"/> Same as FSA <input type="checkbox"/> Relevant to FSA <input type="checkbox"/> Different from FSA	
(b) Service Nature		<input type="checkbox"/> Same as FSA <input type="checkbox"/> Relevant to FSA <input type="checkbox"/> Different from FSA	
(c) Service Contents		<input type="checkbox"/> Same as FSA <input type="checkbox"/> Relevant to FSA <input type="checkbox"/> Different from FSA	
(d) Service Targets		<input type="checkbox"/> Same as FSA <input type="checkbox"/> Relevant to FSA <input type="checkbox"/> Different from FSA	
Assessment	<input type="checkbox"/> FSA services (if criteria (a), (b), (c) and (d) are the same as FSA)	<input type="checkbox"/> FSA-related activities (if criteria (a) and (b) are the same as FSA; (c) and/or (d) is/are relevant to FSA)	<input type="checkbox"/> Non-FSA services (if any of the criteria (a), (b), (c) or (d) is different from FSA)
Remarks	<input type="checkbox"/> The project * is / is not proposed to be operated on the premises of a subvented service unit, which is allowed under the prevailing terms and conditions of the land lease/tenancy agreement.		
Applicant (The information should tally with that provided in Part B of the Application Form)	Name (in Block letters): _____ Post: _____ Date: _____ Phone Number: _____ Email: _____		

Please tick as appropriate * delete as appropriate

Note: Please refer to paragraphs 1.4, 1.5, Chapter 2 and the Checklist for Assessment of FSA services/FSA-related activities/Non-FSA services in the “Operational Guidelines on Funding and Service Agreement-related Activities and Cost Apportionment for Non-governmental Organisations” of Social Welfare Department

《津貼及服務協議》(《協議》)服務／《協議》相關活動／非《協議》服務的評估
(禁毒基金二零二三年度一般撥款計劃補充資料)(由社會福利署資助服務機構填寫)

資助服務機構名稱 : _____
 申請禁毒基金的項目名稱 : _____
 有關的《協議》 : _____

文件相關部分 標準	申請禁毒基金的項目		與《協議》相同／ 與《協議》相關／ 與《協議》不同 ^註	有關《協議》的內容 (必須填寫與《協議》 相同／相關標準的項目)
(a) 目的及目標			<input type="checkbox"/> 與《協議》相同 <input type="checkbox"/> 與《協議》相關 <input type="checkbox"/> 與《協議》不同	
(b) 服務性質			<input type="checkbox"/> 與《協議》相同 <input type="checkbox"/> 與《協議》相關 <input type="checkbox"/> 與《協議》不同	
(c) 服務內容			<input type="checkbox"/> 與《協議》相同 <input type="checkbox"/> 與《協議》相關 <input type="checkbox"/> 與《協議》不同	
(d) 服務對象			<input type="checkbox"/> 與《協議》相同 <input type="checkbox"/> 與《協議》相關 <input type="checkbox"/> 與《協議》不同	
評估	<input type="checkbox"/> 《協議》服務 (如與(a)、(b)、(c)及(d)項標準 相同)	<input type="checkbox"/> 《協議》相關活動 (如與(a)、(b)項標準相同，和與 (c)及／或(d)項標準相關)	<input type="checkbox"/> 非《協議》服務 (如與(a)、(b)、(c)及(d)任何一 項標準不同)	
備註	<input type="checkbox"/> 項目 * 會／不會建議在受資助服務單位的場地內營辦，並確認可在現行土地租賃／租賃協議的條款和條件允許下進行			
申請人 (應與申請表 B 部所提 供的資料一致)	姓名(請用正楷填寫): _____ 職位: _____ 日期: _____ 電話號碼: _____ 電郵地址: _____			

請於適當空格✓ * 請把不適用的刪除

註：請參考社會福利署「非政府機構《津貼及服務協議》相關活動及成本分攤工作指引」中第1.4和1.5段、第二章，以及有關《協議》服務／《協議》相關活動／非《協議》服務的評估清單