附件

养老服务补贴 养老护理补贴申请表

街道/乡镇名称： 社区/行政村名称： 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 年龄 | |  | 民族 | |  | | 近期免冠照 |
| 婚姻  状况 |  | | 政治  面貌 | |  | | 身份  证号 | |  | | | | |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 现居地址 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所属类别 | 🞎最低生活保障对象 🞎最低生活保障边缘家庭成员 🞎优抚对象 | | | | | | | | | | | | | |
| 申请何种补贴 | | | | | | 🞎养老服务补贴 🞎养老护理补贴 | | | | | | | | |
| 是否享受残疾人两项补贴 | | | | | | 🞎困难残疾人生活补贴 🞎重度残疾人护理补贴 🞎否 | | | | | | | | |
| 是否曾接受过老年人能力评估 | | | | | | 🞎是 评估时间：\_\_\_\_\_\_\_\_ 能力等级：\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎否 | | | | | | | | |
| 是否享受长期护理保险 | | | | | | 🞎是 享受时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎否 | | | | | | | | |
| 是否患有影响评估结果的疾病（伤病） | | | | | | 🞎是 疾病（伤病）名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎否 | | | | | | | | |
| 是否入住养老机构 | | | | | | 🞎是 机构名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎否 | | | | | | | | |
| 申请形式 | 🞎本人申请 🞎他人代申请 🞎村（居）委代申请 | | | | | | | | | | | | | |
| 代理人  姓名 |  | | | 性别 | |  | | | 与申请人  关系 | |  | | | |
| 身份  证号 |  | | | | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| **家庭成员基本情况** | | | | | | | | | | | | | | |
| 户册总人数 | |  | | | | | | 家庭人均收入 | | | | （元/月） | | |
| 姓名 | | 性别 | 出生年月 | | | 关系 | | 工作单位 | | | | 月收入（元） | 与申请人共同居住 | |
|  | |  |  | | |  | |  | | | |  | 🞎是 🞎否 | |
|  | |  |  | | |  | |  | | | |  | 🞎是 🞎否 | |
|  | |  |  | | |  | |  | | | |  | 🞎是 🞎否 | |
| 其他说明 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 本人认同民政部门采用的评估规范，愿意配合相关部门及单位开展评估、检查、公示等工作并承担相应后果。  申请人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| （社区或村意见  及必要说明） | 签字（加盖公章）：  年 月 日 |
| 街镇审核意见及必要说明 | 审核人签字（加盖公章）：  年 月 日 |
| （退役军人事务局意见及必要  说明） | 签字（加盖公章）：  年 月 日 |
| 评估机构对老年人能力评估的结果及必要说明 | 能力等级：🞎能力完好 🞎轻度受损 🞎中度受损 🞎重度受损 🞎完全丧失  签字（加盖公章）：  年 月 日 |
| 区民政局确认意见及必要说明 | 是否同意享受补贴：🞎是 🞎否  补贴类别及金额为：养老服务补贴 🞎100元/月 🞎200元/月 🞎300元/月  养老护理补贴 🞎200元/月 🞎300元/月 🞎400元/月  签字（加盖公章）：  年 月 日 |

注：此表反正面打印，一式2份，区民政局、乡镇（街道）各留存1份。