附件1

经济困难失能老年人等群体集中照护服务补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生年月 | |  | 近期  免冠  照片 |
| 身份证号码 |  | | | | | 民 族 |  |
| 户籍所在地 |  | | | | 联系方式 | |  |
| 现居住地址 |  | | | |
| 代理人情况 | 姓 名 |  | | 与申请人关系 | | |  | |
| 身份证号码 |  | | 联系方式 | | |  | |
| 申请人类型 | 🞎60周岁及以上低保失能老人 🞎80周岁及以上低保老人 | | | | | | | |
| 能力评估结果 | 🞎完全失能 🞎重度失能  🞎中度失能 | | 评估机构 | |  | | 评估日期 |  |
| 入住机构名称 |  | | 入住日期 | |  | | 收费价格 | 元/月 |
| 享受最低生活保障待遇情况 | 🞎是 元/月； 🞎否 | | | | | | | |
| 长期护理保险保障情况 | 🞎已纳入长期护理保险保障范围 🞎未纳入长期护理保险保障范围 | | | | | | | |
| 享受养老、残疾人补贴的情况 | 养老服务补贴 🞎是 元/月； 🞎否  养老护理补贴 🞎是 元/月； 🞎否  困难残疾人生活补贴 🞎是 元/月； 🞎否  重度残疾人护理补贴 🞎是 元/月； 🞎否 | | | | | | | |
| 申请人/代理人意见 | 本人自愿申请集中照护服务，保证以上信息及提交的材料真实有效。  申请人（代理人）签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 申请人入住的养老机构意见 | 该老人于 年 月 日入住我机构，我机构按合同约定提供照护服务。  签字（盖章） 年 月 日 | | | | | | | |
| 区民政部门对申请人获得  救助及相关补贴审核情况 | 最低生活保障待遇 元/月（社会救助经办签字： ）；  经济困难老年人养老服务补贴 元/月（养老服务经办签字： ），  经济困难老年人养老护理补贴 元/月（养老服务经办签字： ）；  困难残疾人生活补贴 元/月（社会事务经办签字： ），  重度残疾人护理补贴 元/月（社会事务经办签字： ）。 | | | | | | | |
| 区民政部门  审核意见 | 经审核，该申请人符合经济困难失能老年人等群体集中照护服务条件，经核定可享受经济困难失能老年人等群体集中照护补助 元/月，自 年 月起计算，按月发放。  （区民政局盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | |

该表一式叁份，分别由老年人或其代理人、养老机构、区民政部门各存一份