附件

经济困难失能老年人集中照护服务救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人或其代理人填写 | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 户籍属地 |  |
| 身份证号 |  | | | | | 家庭主要联系人 |  | 联系电话 |  |
| 已享受的行政给付 | 🞎最低生活保障金 🞎经济困难老年人补贴 🞎残疾人“两项补贴” | | | | | | | | |
| 入住养老机构填写 | | | | | | | | | |
| 机构名称 |  | | | 实际收费标准 |  | | 老年人入住日期 | 年 月 日 | |
| 机构意见 | （老年人姓名） 于 年月日入住机构，已入住满30日。  （机构盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 县级民政部门填写 | | | | | | | | | |
| 能力评估情况 | 年 月日， （评估机构名称或评估人员姓名） 根据《老年人能力评估规范》（GB/T 42195-2022）对老年人能力情况进行了评估，经评估该老年人能力评估属于：完全失能 | | | | | | | | |
| 审核情况 | 本地集中供养特困人员基本生活标准及全护理照料标准的总和为 元/月，经核实，该对象已享受：  1.最低生活保障金：元/月；（社会救助部门签字：）  2.经济困难老年人生活补贴和护理补贴分别为：元/月、元/月；（养老服务部门签字：）  3.困难残疾人生活补贴元/月，重度残疾人护理补贴元/月； （社会事务部门签字：）  4.其他：（审核人签字：）  综上，该对象已享受行政给付合计元/月。 | | | | | | | | |
| 审批情况 | 经审核，同意从对象入住机构当月 ( 年 月）起算，给予救助元/月。   审批人（签字）： （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |