附件

沙坡头区经济困难失能老年人集中照护救助 申请表

申请时间：

|  |
| --- |
| 以下由老年人或其代理人填写 |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 家庭主要联系人 |  | 联系电话 |  |
| 户籍属地 |  | 身份证号 |  | 入住机构前实际住址 |  |
| 已享受的行政给付 | □最低生活保障金 □80周岁以上低保老年人高龄补贴 □经认定生活不能自理的老年人服务护理补贴 □困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 以下由入住养老、精神卫生福利机构填写 |
| 入住机构名称 |  | 入住评估级别 |  | 实际入住时间 |  | 机构月实际收费 |  | 养老机构意见 | 该对象实际入住本机构已满30天。（盖章） |
| 以下由民政部门填写 |
| 以下由民政部门填写 | 经评估人员\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_两人共同评估，该老年人能力评估属于：  □完好 □轻度失能 □中度失能 □重度失能 □完全失能 |
| 行政 给付 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，该对象已享受最低生活保障金\_\_\_\_\_\_\_\_元/月，80周岁以上低保老年人高龄津贴\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/月（社会救助经办签字：   ）；困难残疾人生活补贴\_\_\_\_\_\_\_\_元/月，重度残疾人护理补贴\_\_\_\_\_\_\_\_元/月（社会事务处经办签字：   ）；经认定生活不能自理的老年人服务护理补贴\_\_\_\_\_\_\_\_元/月（养老服务经办签字： ）；其他\_\_\_  综上，该对象已享受行政给付合计\_\_\_\_\_元/月。 |
| 经审核、公示符合条件的，以下由民政部门填写 |
| 县 级民政部门审批意 见 |  同意从对象申请当月（\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月）起算，给予救助\_\_\_\_\_元/月。             审批人： （单位盖章） 年 月 日 |