附件1

城市社区养老“三助”服务补贴申请审定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人基本情况 | 姓名 |  | | | 性别 | |  | | 身份证号码 | |  | |
| 年龄 |  | | | 出生日期 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 户籍所在地 | |  | | | | | | | | | |
| 现居住地 | |  | | | | | | | | | |
| 身份类别 | | □特困人员□高龄失能半失能老人□60周岁以上失能老年人  □65周岁以上失能老年人 | | | | | | | | | |
| 申请补贴项目 | □助餐□助浴□助医 | | | | | | | | | | | |
| 委托代理人基本情况 | 姓名 | | |  | | 性别 | |  | | 身份证号码 | |  |
| 与申请人关系 | | |  | | 现居住地 | |  | | 联系电话 | |  |
| 本人（或者委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。  申请人（或者委托代理人）签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）审核意见 | 乡镇人民政府（街道办事处）  （盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 区县（自治县）民政局、卫生健康部门审定意见 | 经审查，同意该对象享受（助餐、助浴、助医）服务补贴。  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

# 备注：本申请审定表一式两份报区县（自治县）民政局或卫生健康部门审定。待审定后，乡镇（街道）、区县（自治县）各留存一份。失能半失能老人评估标准参照《老年人能力评估（民政行业标准）》（MZ/T 039—2013） 执行。

附件2

助餐照顾服务汇总表

\_\_\_\_\_\_（区县）民政局 联系人： 联系电话： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 住址 | 承办机构 | 身份类别 | | 受助次数（次） | 联系电话 |
| 失能特困人员 | 高龄失能半失能老人 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：住址填写身份证上的详细住址；身份类别选择失能特困人员或高龄失能半失能老人，用“√”表示；受助次数用“数字”填报。 | | | | | | | | | |

附件3

助浴照顾服务汇总表

\_\_\_\_\_\_（区县）民政局 联系人： 联系电话： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 住址 | 承办机构 | 身份类别 | | | 受助次数（次） | 联系电话 |
| 失能特困  人员 | 60周岁以上失能老年人 | 高龄失能老年人 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：住址填写身份证上的详细住址；身份类别选择失能特困人员、60周岁以上失能老年人或高龄失能老年人，用“√”表示；受助次数用“数字”填报。 | | | | | | | | | | |

附件4

助医照顾服务汇总表

\_\_\_\_\_\_（区县）卫生健康委 联系人**：** 联系电话： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 住址 | 承办机构 | 65周岁以上失能老年人 | | | | 联系电话 |
| 家庭医生签约服务 | 健康评估 | 康复护理指导等健康服务 | 免费体检 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：住址填写身份证上的详细住址；家庭医生签约服务、健康评估用“√”表示；康复护理指导等健康服务、免费体检次数用“数字”填报。 | | | | | | | | | | |

附件5

农村敬老院“三改”行动项目汇总表

\_\_\_\_\_\_（区县）民政局 联系人： 联系电话： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 机构名称 | 热水供应系统改造项目  （万元） | 老人房间标准化升级改造项目  （万元） | 公共洗浴间适老安全化改造项目（万元） | 合计  （万元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |