附件2

罗源县经济困难失能老年人等群体集中照护服务补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人或  代理人填写 | | 申请人姓名 |  | | 性别 | |  | 民族 | | |  |
| 纳入低保时间 |  | | 身份证号码 | |  | | | | |
| 户籍属地 |  | | 实际居住地址 | |  | | | | |
| 家庭主要联系人/与申请人关系 |  | | 联系电话 | |  | | | 🞎80周岁及以上高龄老人 | |
| 已享受的  行政给付 | 口最低生活保障金(领取金额 元/月)  口困难残疾人生活补贴(领取金额 元/月)  口重度残疾人护理补贴(领取金额 元/月)  口其他 | | | | | | | | |
| 其他政策  享受情况 | 口长期护理保险(1.自主照料；2.上门护理；3.机构内护理)口困难重度残疾人照护托养(1.居家照护；2.日间照料；3.机构内托养。)  口无 | | | | | | | | |
| 本人承诺以上信息属实，自愿申请经济困难失能老年人等群体集中照护补助，并承诺自享受该政策后，不享受长期护理保险、困难重度残疾人照护托养政策。  申请人(代理人)签字 ：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 老年人能力评估情况(由乡镇卫生院填写 ) | | 经乡镇卫生院评估，该老年人能力评估等级为：  口能力完好 口轻度失能 口中度失能 口重度失能 口完全失能    评估机构签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 入住养老  机构意见 | | 入住机构名称 | |  | | 实际入住时间 | | |  | | |
| 机构月实际收费  (元) | |  | | 该对象是否入住养老机构满30日 | | | 口是  口否 | | |
| 入住养老机构意见 | 本机构同意接收该对象入住。并签订了入住协议，该对象实际入住本机构已满30日。  负责人(签字)： 养老机构(盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 乡(镇)  意见 | 经初审， 符合经济困难失能老年人等群体集中照护服务补助条件，建议予以确认。    经办人： 审核人： 负责人: （单位盖章）    日期: 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| **以下由民政部门填写** | | | | | | | | | | | |
| 入住养老  机构情况  核实 | 经核实。该对象于 年 月 日入住养老机构(名称： ),实际入住已满30日，机构月实际收费为 元/月。养老机构与该对象签订了养老服务协议并有缴费凭证(附相关佐证材料)。 | | | | | | | | | | |
| 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完全失能人员护理标准总和为 元/月，经核实，该对象已享受最低生活保障金 元/月；困难残疾人生活补贴 元/月；重度残疾人护理补贴 元/月；80周岁以上低保老年人高龄补贴 元/月；老年人护理补贴 元/月；养老服务补贴 元/月；高龄补贴 元/月；老年人入住机构补贴 元/月；其他 元/月。  该对象已享受行政给付合计 元/月。  社会救助科经办签字： 养老科经办签字： | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门审核  意见 | 经复核，同意该对象补助申请，从申请当月( 年 月起算，给予  补助 元/月。  经办人： 审核人： 负责人: （单位盖章）    日期: 年 月 日 | | | | | | | | | | |

附件3

罗源县经济困难失能老年人等群体集中照护服务补助变更申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人或代理人  填写 | 申请人姓名 |  | | 性别 | |  | 民族 | | |  |
| 纳入低保时间 |  | | 身份证号码 | |  | | | | |
| 户籍属地 |  | | 实际居住地址 | |  | | | | |
| 家庭主要联系人/与申请人关系 |  | | 联系电话 | |  | | | 🞎80周岁及以上高龄老人 | |
| 变更事项 | 🞎能力变更 🞎收费变更 🞎入住养老机构变更 🞎其他  具体变更事项： | | | | | | | | |
| 本人承诺以上信息属实。  申请人(代理人)签字 ：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 入住养老机构意见 | 入住机构名称 | |  | | 实际入住时间 | | |  | | |
| 本机构确认 经济困难失能老年人等群体集中照护服务补助变更事项属实。  负责人(签字)： 养老机构(盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 乡(镇)  意见 | 经审核， 经济困难失能老年人等群体集中照护服务补助变更事项属实，建议予以确认。  经办人： 审核人： 负责人: （单位盖章）  日期: 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 县级民政部门审核意见 | 经复核，同意该对象补助变更，从申请当月( 年 月起算，给予  补助 元/月。  经办人： 审核人： 负责人: （单位盖章）  日期: 年 月 日 | | | | | | | | | |

附件4

罗源县经济困难失能老年人等群体集中照护服务机构申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、基本情况** | | | | | | | |
| 机构名称 |  | | 统一社会信用代码 | |  | | |
| 单位地址 |  | | | | | | |
| 单位法人 |  | | 联系电话 | |  | | |
| **二、服务情况** | | | | | | | |
| 总床位数 |  | 预留床位数 |  | | | 预留护理型床位数 |  |
| 工作人员数 |  | 养老护理人员数 | 总数 人，平均年龄 岁。护理等级证书持有人数情况，其中：初级 人；中级 人；高级 人技师及以上 人。 | | | | |
| **三、收费标准** | | | | | | | |
| 对外公示老年人入住收费标准： | | | | 经济困难失能老年人等群体收费标准：  （如填写内容较多，可将详细内容整理为附件上报） | | | |
| **四、承诺情况** | | | | | | | |
| 申请  单位  意见 | 承诺：对收住标准按照不高于当年我县集中供养特困人员基本生活标准及完全失能人员护理照料标准的总和，不在限额收费标准之外向救助对象收取任何不合理费用。  以上信息全部属实。  法定代表人签字(申请单位盖章)  年 月 日 | | | | | | |
| **五、审核情况** | | | | | | | |
| 民政  部门  审核  意见 | 审核人（签字）： 审核单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | | |

附件5

入住养老机构经济困难失能老年人等群体动态管理名单

填报机构（盖章）： 日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 护理等级 | 当月缴费金额（元） | 在院情况（在院、请假、离院） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：养老机构仅填报当月在院人员情况，并将名单和实际缴费发票（或同意缓缴证明）于每月20日前上报