

附件：

常州市长期护理保险失能等级评估申请表

(由申请人或委托代理人填写)

申请人 基本 信息	姓名		身份证号		
	性别		年龄		
	民族		参保地		
	失能时间 (月)		是否经过 康复治疗	<input type="checkbox"/> 是, 治疗月数_____月 <input type="checkbox"/> 否	
	申请评估 类型	<input type="checkbox"/> 初评申请 <input type="checkbox"/> 复评申请 <input type="checkbox"/> 再次评估申请	联系电话		
	保障方式	<input type="checkbox"/> 职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 城乡居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 其他：			
	已享受政府补 贴	<input type="checkbox"/> 工伤保险生活护理津贴 <input type="checkbox"/> 重度残疾人护理补贴 <input type="checkbox"/> 困难残疾人生活补贴 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 无补贴			
	文化程度	<input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 中学(含中专) <input type="checkbox"/> 大学(含大专)及以上			
	居住状况	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 与配偶/伴侣居住 <input type="checkbox"/> 与子女居住 <input type="checkbox"/> 与父母居住 <input type="checkbox"/> 与兄弟姐妹居住 <input type="checkbox"/> 与其他亲属居住 <input type="checkbox"/> 与非亲属关系的人居住 <input type="checkbox"/> 养老机构 <input type="checkbox"/> 医院			
	户籍所在地	_____省_____市_____区/县_____街道/乡 (社区/村委) _____(街/小区/楼/门/室)			
	常住地址	<input type="checkbox"/> 与户籍 地址一致	<input type="checkbox"/> 与户籍地 地址不一致	_____省_____市_____区/县_____街道/乡 (社区/村委) _____(街/小区/楼/门/室)	
	照护者	当需要帮助时(包括患病时),谁能来照料: <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 亲友 <input type="checkbox"/> 保姆 <input type="checkbox"/> 护工 <input type="checkbox"/> 医疗人员 <input type="checkbox"/> 没有任何人 <input type="checkbox"/> 其他			
自评失能等级____ (同步提供相关病史 材料)	其他相 关材料	<input type="checkbox"/> 认知功能或感知觉与沟通功能中度、重度受损的相关疾病医学诊断证明及检查资料; <input type="checkbox"/> 一、二级智力残疾证; <input type="checkbox"/> 一、二级视力盲和一、二级听力残疾证; <input type="checkbox"/> 其他认知功能或感知觉与沟通功能受损的佐证材料; <input type="checkbox"/> 无。			
委托 代理人 相关 信息	姓名		与申请人 关系	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 雇佣 <input type="checkbox"/> 照护者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 其他	
	联系电话		身份证号		
	联系地址	_____省_____市_____区/县_____街道/乡 (社区/村委) _____(街/小区/楼/门/室)			
承诺事项	以上情况和所提供材料均真实有效,且同意将评估结果在一定范围内公示。如有不实,本人愿意承担相应法律责任。 申请人/委托代理人: 签字(手印) _____ 年 月 日				
经办机构(含受托 第三方)受理事项					