附件

常州市设立家庭照护床位申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 出生年月 |  | 性别 |  | 申请人一寸免冠照片 |
| 申请建床家庭住址 |  | 申请时间 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 稳定家庭照料者 |  | 与申请人关系 |  | 固定电话 |  |
| 手机号码 |  |
| 老年人能力评估情况 | （如己接受过能力评估，请填写评估时间、评估单位、评估等级）囗 0能力完好囗1级轻度失能囗2级中度失能囗3级重度失能 囗4级重度失能 |
| 身份特征 | 口80周岁及以上孤寡失能老人口80周岁及以上独居失能老人口80周岁及以上空巢失能老人口其他（请注明）（在所选项前内打“√"，并附相关证明材料） |
| 家庭照护床位服务需求 | 口平台信息化服务口生活照料服务口康复保健服务口医疗护理服务口精神慰藉服务口家庭照护增能服务 |
| 服务机构意见 | 机构名称 |  |
| 受理人 |  | 受理时间 |  |
| 评估人 |  | 评估时间 |  |
| 评估意见： 口予以建床口不予建床（注明原因） （盖章） |
| 审核人 |  | 审核结果 | 口予以建床口不予建床 |
| 镇（街道）民政部门意见 | 口予以建床口不予建床 单位（盖章）负责人签名：  年 月 日 |