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 | | | | | |