附件3：

新会区重度残疾人居家托养服务资助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  基  本  情  况 | 姓名 |  | | | | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | 大一寸  免冠彩照 |
| 籍贯 |  | | | | | 残疾证号码 | | | |  | | | |
| 残疾类别  及级别 | | | 级 | | | | 家庭地址 | | |  | | | |
| 自理能力情况 | | | | □能自理 □部分自理 □不能自理 | | | | | | | | | | |
| 健康状况 | | | | □好 □一般 □差 | | | | | | | | | | |
| 婚姻状况 | | | | □未婚 □已婚 □离婚 □丧偶 □其它 | | | | | | | | | | |
| 居住类型 | | | | □独居 □与父母同住 □与配偶同住 □与儿女同住 □其它 | | | | | | | | | | |
| 家  庭  成  员  情  况 | 姓名 | | | 年龄 | | 关系 | | | | 健康  状况 | | 工作单位 | | 月收入（元） | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| 家庭照顾能力： | | | | | | | | | | | | | | |
| 个人收入来源  （可多选） | | | □病退金 □退休金 □低保生活津贴 □重度护理补贴  □低保金 □养老金 □其他 □无 | | | | | | | | | | | | |
| 家庭经济状况 | | | □ 低保家庭 □低收入家庭  □低保边缘（指人均月收入在低保线160%以下）的家庭 | | | | | | | | | | | | |
| 个人参保情况（可多选） | | | □职工基本医疗保险 □城镇居民基本医疗保险 □职工养老保险  □城镇居民养老保险 □商业保险 □没有 | | | | | | | | | | | | |
| 居家养护服务需求内容  （可多选） | | | □ 协助外出 □ 家居清洁 □协助做饭 □用品代购 □ 社工服务  □ 康复护理 □ 生活自理能力训练 □ 心理咨询 □居家职业能力训练  □其他服务需求 | | | | | | | | | | | | |
| 上述服务  需求原因  （服务对象或监护人填写） | | | 申请日期： | | | | | | | | | | | | |
| 属地社区（村委）初审意见  （家庭困难状况及照顾困难证明） | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 属地镇（街道）残联复审意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 服务需求评估意见（初步） | | | 服务机构（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 属地残联  审批意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

注：1.申请人的《残疾人证》、身份证、户口簿、低保证影印件各一份（原件需携带备查）；

2.公示证明；

3.本表一式三份，并贴上申请人照片。