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。