

附件 2

经济困难失能老年人等群体集中照护服务 补助申请表

老年人或其代理人填写									
姓名		性别		出生年月		民族		户籍 属地	
身份证号						家庭主要 联系人		联系 电话	
已享受的 行政给付	☐ 最低生活保障金 ☐ 经济困难老年人补贴 ☐ 残疾人“两项补贴”								
入住养老机构填写									
机构名称				实际收费 标准			老年人 入住日期	年 月 日	
机构意见	(老年人姓名) 于 年 月 日入住机构，已入住满 30 日。 (机构盖章) 年 月 日								
县级民政部门填写									
能力评估 情况	年 月 日，(评估机构名称或评估人员姓名) 根据《老年人能力评估规范》(GB/T 42195-2022) 对老年人能力情况进行了评估，经评估该老年人能力等级属于： 完全失能/重度失能/中度失能/轻度失能/完全自理								
审核情况	申请人对应本地集中供养特困人员基本生活标准及对应护理照料标准的总和为 元/月，经核实，该对象已享受： 1. 最低生活保障标准： 元/月；(社会救助部门签字：) 2. 经济困难老年人生活补贴和护理补贴分别为： 元/月、 元/月； (老龄工作部门签字：) 3. 困难残疾人生活补贴 元/月，重度残疾人护理补贴 元/月；(社会事务部门签字：) 4. 其他： (审核人签字：)								
审批情况	经审核，同意从申请人入住机构当月(年 月)起算，给予集中照护服务补助 元/月(大写：每月 元整)。 审批人签字： (单位盖章) 年 月 日								
	经审核，申请人不符合补助条件，理由是： 审批人签字： (单位盖章) 年 月 日								

注：经审核不符合条件的，应在审批情况中书面告知理由。