附件3

武汉市经济困难失能老年人集中照护补助资金

申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片（上传或现场采集） |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 户籍地址 |  |
| 现居住地址 |  |
| 银行卡卡号 |  | 开户行及行号 |  |
| 评估时间 |  | 评估结论（分值及能力等级） |  |
| 评估机构名称 |  | 评估人员姓名 |  |
| 每月最低生活保障金（元） |  | 每月特殊困难老年人养老服务补贴金额（元） |  |
| 每月残疾人 两补金额（元） |  | 其他行政给付金额（元） |  |
| 入住机构时间 |  | 每月缴费标准（元） |  |
| 监护人或联系人 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 与申请人关系 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 养老 机构 | 名称 |  | 地址 |  |
| 登记机关 |  | 登记日期 |  |
| 法人 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 备案日期 |  | 备案管理登记证登记号 |  |
| 备案机关 |  | 备案养老床位数 |  |

（续上表）

|  |  |
| --- | --- |
| 个人意见 | 本人自愿申请享受经济困难失能老年人集中照护服务补助，申请每月补助金额 元。本人或监护人签名： 年 月 日 |
| 养老机构确认 | 经本机构确认，该申请人于 年 月 日起，在本机构入住，收费标准为每月 元。签字（盖章）： 年 月 日 |
| 街道（乡镇） 审核意见 | 经审核，该申请人符合享受经济困难失能老年人集中照护服务补助条件。 经核实，该申请人现已享受的行政给付收入有：最低生活保障金每月 元，残疾人两项补贴每月 元，特殊困难老年人养老服务补贴每月XX元，（ ）补贴 元。签字（盖章）： 年 月 日 |
| 区民政部门 审批意见 | 经审核，该申请人符合享受经济困难失能老年人集中照护服务救助条件，给予救助，救助标准为每月 元。根据申请人相关情况变化适时调整救助金标准。（经审核，该申请人不符合享受经济困难失能老年人集中照护服务救助条件，不予救助，理由及政策依据如下： ）签字（盖章）： 年 月 日 |
| 附件 | 申请人能力评估报告、入住养老机构服务协议、有效缴费凭证等。 |
| 备注 |  |