梅州市长期护理保险失能等级评估申请表

1.基本信息

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 评估对象基本信息 | 姓 名 |   | 身份证号 |  |
| 性 别 |   | 年 龄 |   |
| 民 族 |   | 参保地 |  |
| 失能时间 |  月数  | 是否康复治疗 | □是，治疗月数 □否 |
| 首次申请 | □是 □否 | 联系电话 |  |
| 保障方式 | □职工基本医疗保险 □城乡居民基本医疗保险 □特困供养 □最低生活保障 □其他 |
| 文化程度 | □文盲 □小学 □中学（含中专）□大学（含大专）及以上 |
| 居住状况 | □独居 □与配偶/伴侣居住 □与子女居住 □与父母居住 □医院 □与兄弟姊妹居住 □与其他亲属居住 □与非亲属关系的人居住  □养老机构  |
| 居住地址 | 广东省梅州市 区/县  |
| 照护者 | 当需要帮助时（包括患病时），谁能来照料：□配偶 □子女 □亲友 □保姆 □护工 □医疗人员 □没有任何人 □其他 |
| 申请照护方式 | 1.□机构护理2.□居家护理 |
|  | 是否已享受养老护理补贴、其他社会保险基金或政府补助的护理费用：1.□是 社会保险基金名称及护理费用金额：名称 金额 政府发放护理补助的部门及金额： 部门 金额 2.□否 | 是否自愿放弃享受养老护理补贴、其他社会保险基金或政府补助的护理费用，选择享受梅州市长期护理保险待遇：1.□是2.□否  |
| 申请人相关信息 | 姓名 |   | 与评估对象关系 | □配偶 □子女 □其他亲属 □雇佣照护者 □本人 □其他 |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 联系地址 | 广东省梅州市 区/县  |

2.日常生活功能自评表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 独立（2） | 部分独立（1）（需要帮助） | 依赖（0） | 选项 |
| a类 | 进食 | 独立无须帮助 | 部分独立自己能吃，但需辅助 | 不能独立完成部分或全部靠喂食或鼻饲 | □独立□部分独立□依赖 |
| 大小便控制 | 独立自己能够完全控制 | 部分独立偶尔失控 | 不能自控失控，需帮助处理大小便（如导尿、灌肠等） | □独立□部分独立□依赖 |
| 洗澡 | 独立，无须帮助自己能进出浴室（淋浴、盆浴），独立洗澡 | 部分独立需帮助洗一部分（背部或腿） | 不能独立完成不能洗澡、或大部分需帮助洗 | □独立□部分独立□依赖 |
| b类 | 穿衣 | 独立，无须帮助能独立拿取衣服，穿上并扣好 | 部分独立能独立拿取衣服及穿上，需帮助系鞋带 | 不能独立完成完全不能穿，要靠他人拿衣穿衣或自己穿上部分 | □独立□部分独立□依赖 |
| 用厕 | 独立，无须帮助能独立用厕、便后拭净及整理衣裤（可用手杖、 助步器或轮椅，能处理尿壶、便盆） | 不能独立完成需要帮助用厕、做便后处理（清洁、整理衣裤）及处理尿壶、便盆 | 不能独立完成不能用厕 | □独立□部分独立□依赖 |
| 床椅转移 | 独立，无须帮助自己能下床，坐上及离开椅、凳（可用手杖或助步器） | 不能独立完成需帮助上、下床椅 | 不能独立完成卧床不起 | □独立□部分独立□依赖 |

**本人已阅读并知晓申请表全部内容，以上情况和所提供材料均真实有效，自愿授权申请表信息用于长期护理保险相关业务。同意将评估结果在一定范围内公示，并承诺：①无下列情形下产生的长期护理费用：应当由医疗保险、工伤保险基金支付的；应当由第三人负担的；应当由公共卫生负担的；非协议管理定点机构发生的；机构床位费、膳食费等非护理服务费用；其他法律、法规规定不予支付的。②参保人员享受长期护理保险待遇后如失能状况好转或死亡，应及时主动申报。如有提供虚假信息、材料或瞒报漏报的，愿意承担相应法律责任。③如参保人员同时享受重度残疾人护理补贴、其他社会保险基金或政府补助的护理费用，将已支付的梅州市长期护理保险待遇费用退回。**

 参保人（代理人）：

 年 月 日