附件2

北海市长护险失能等级评估申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) |  | | 是否经过康复治疗 | | □是，治疗月数 月  □否 |
| 是否首次 申请 | □是 □否 | | 联系电话 | |  |
| 保障方式 | □职工基本医疗保险 □最低生活保障 | | □城乡居民基本医疗保险 □特困供养 □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 □与兄弟姐妹居住  □与非亲属关系的人居住 | | | □与子女居住 □与父母居住 □与其他亲属居住  □养老机构 □医院 | |
| 居住地址 | 省 市 区/县 街道/乡  ( 村 ) | | | | |
| 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 | 省 市 区/县 街道/乡  ( 村 ) | | | | |
| 承诺事项 | | 以上情况和所提供材料均真实有效，且同意将评估结果在一定范围内公示。如有不实，本人愿意承担相应法律责任。  申请人（签字）： 年 月 日 | | | | |
| 经办机构(含受托第三方)受理事项 | |  | | | | |