

表 A 长期护理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 ☐ 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 ☐ 与兄弟姐妹居住 ☐ 与其他亲属居住 ☐ 与非亲属关系的人居住 ☐ 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				