附件一

**经济困难老年人能力评估基本信息表**

填报单位（盖章）： 奈曼旗 旗/县/区 八仙筒 镇/场/街道 迈吉干筒 村/社区

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 评估编号 |  | | 老年人姓名 | 李玉德 | 性别 | 男 | 年龄 | 61 |
| 身份证号 | 152326196212241212 | | | | 民族 | 汉 | | |
| 户籍地址 | 通辽市 奈曼旗 旗/县/区 八仙筒 镇/场/街道 迈吉干筒 村/社区 | | | | | | | |
| 评估原因 | | | □首次评估 ☑常规评估 □即时评估  □因对评估结果有疑问进行的复评 □其他 | | | | | |
| 文化程度 | | | □文盲 □小学 □初中 ☑高中/技校/中专  □大学专科及以上 □不详 | | | | | |
| 居住情况(可多选) | | | □独居 ☑与配偶居住 □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 | | | | | |
| 婚姻状况 | | | □未婚 ☑已婚 □丧偶 □离婚 | | | | | |
| 是否持残疾人证 | | ☑否 □是 | 残疾等级 | □一级 □二级 □三级 □四级 | | | | |
| 残疾类别 | | □视力 □听力 □言语 □肢体 □智力 □精神 □多重（可多选） | | | | | | |
| 医疗费用支付(可多选) | | | □城镇职工基本医疗保险 ☑城乡居民基本医疗保  □自费 □企业补充保险 □医疗救助 □大病保险 | | | | | |
| 经济来源(可多选) | | | □退休金/养老金 □子女补贴 □亲友资助 ☑国家普惠型补贴  □个人储蓄其他补贴 | | | | | |
| 近30天内照护风险事件 | 跌倒 | | ☑无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上 | | | | | |
| 走失 | | ☑无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上 | | | | | |
| 噎食 | | ☑无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上 | | | | | |
| 自杀、自伤 | | ☑无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上 | | | | | |
| 昏迷 | | ☑ 无 □ 有 | | | | | |
| 特殊护理情况(可多选) | | | ☑ 无 □透析 □尿管 □呼吸机 □其他 | | | | | |
| 疾病诊断  (可多选) | ☑高血压病 ☑冠心病 ☑糖尿病 □肺炎 □慢性阻塞性肺疾病 □脑出血 ☑脑梗塞  □尿路感染(30天内) □帕金森综合征 □慢性肾衰竭 □肝硬化 □消化性溃疡 □肿瘤 □截肢(6个月内) □骨折(3个月内) □白内障 □青光眼 □骨质疏松症 □甲状腺功能减退症 ☑智力低下 □痴呆 □其他精神和行为障碍 □其他(请补充): | | | | | | | |
| 老年人的相关信息 | 监护人与老年人的关系 | | □本人 ☑配偶□子女 □其他亲属 □雇佣照顾者 □村(社区)居民委员会工作人员 □其他 | | | | | |
| 监护人姓名 | | 肖俊华 | | | | | |
| 监护人电话 | | 15204897286 | | | | | |

申请人或其代理人签字： 填报日期： 2023 年 6 月 14 日

**★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。**

**填报说明：**

1. 填报单位：由老年人户籍地/居住地的镇、场（街道）或村（社区）辅助老年人填写并盖章。
2. 评估编号：不填写，由第三方评估时统计编排。
3. 年龄：计算公式“2023-出生年份=年龄”
4. 评估原因：选择常规评估
5. 经济来源：国家普惠型补贴（低保金等补助资金）

附件二

**经济困难老年人能力评估申请自评表**

填报单位（盖章）： 奈曼 旗/县/区 八仙筒 镇/场/街道 迈吉干筒 村/社区 老年人姓名： 李玉德

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类别 | 项目 | **独立**（2分） | **部分独立**（1分）  （需要帮助） | **依赖**（0分） | 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 | 0 |
| 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） | 1 |
| 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 | 0 |
| 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 | 0 |
| 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 | 1 |
| 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 需帮上、下床椅 | 不能独立完成卧床不起 | 1 |
| 综合 | | 自评失能等级为：E级 | | | |
| 填  报  说  明 | | 进食、大小便控制、洗澡为a类，穿衣、用厕、床椅转移为b类。根据自身实际情况将相应分数填写至选项内，综合a类和b类的分数，确定自评失能等级。  **A级：**a类b类所有项目均**2分**； **B级：**a类1项或b类1-2项**0分**；  **C级：**a类b类各1项或b类3项**0分**；  **D级：**a类2项或a类1项b类2项**0分**；  **E级：**a类3项**0分**或a类2项b类1-2项**0分**或a类1项b类3项**0分**；  **F级：**a类3项b类1-2项**0分**或a类2项b类3项**0分**；  **G级：**a类b类所有项目均**0分**。 | | | |
| 此表对老年人进行自评，**当等级达到B级、C级、D级、E级、F级、G级时方可申请老年人能力评估。** | | | |

申请人或其代理人签字： 填报日期： 2023 年 6 月 14 日

**★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。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件三  **经济困难老年人能力评估情况汇总表**  填报单位（盖章）： 旗/县/区 镇/场/街道 村/社区 | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 户籍地址 | 联系电话 | 自评失能等级 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：请根据此汇总表序号，将个人表格排序，后附。**