附件1

南通市基本照护保险

参保人员失能评定申请表

评定编号：（20 ）第 号

|  |
| --- |
| 参保人近期免冠彩色照片 |

**参保人员姓名**： **年龄：**

**身份证（其他证件）号码：**

**社会保障卡号：**  **联系电话：**

**人员性质：**□1、在 职（单位名称： ） □2、退 休 □3、居 民

**联系地址：** 省 市 区/县 街道/乡村 邮政编码：

**代理人（或监护人）姓名**： **与参保人关系：**

**身份证（其他证件）号码：** **联系电话：**

**联系地址：** 省 市 区/县 街道/乡村 邮政编码：

**接受照护服务方式（请在□内打√单项选择）**

□A.居 家 □B.养 老 机 构 □ C.医 疗 机 构

**申报材料及注意事项：**

1．参保人的社会保障卡、居民身份证等有效身份证明材料原件和复印件；

2．代理人（或监护人）居民身份证原件、复印件及与参保人关系证明材料

3．参保人失能相关的就诊病历、出院记录、医学检查报告、诊断证明等病史材料的复印件；

4．申请人应准确、规范填写《南通市基本照护保险参保人员失能评定申请表》各项信息，联系地址应写明省、市、区/县、街道/乡镇、门楼详址；

5．如有疑问，请咨询有关工作人员。（南通市工农南路150号政务中心裙楼三楼E029窗口，联系电话：59001278）

南通市基本照护保险参保人员失能评定申请表续：

|  |  |
| --- | --- |
| 参保人失能病情诊断简介及生活能力情况 | **参保人病情诊断简介：** |
| (1)进食：**□**能用合适的餐具独立进食各种正常食物，包括用筷子、勺子或叉子等，不包括取饭、做饭**□**需要部分帮助（如夹菜、切割、搅拌食物等）或需要较长时间**□**极大或完全依赖他人(2)洗澡：**□**无需指导能独立完成洗澡过程（可为浴池、盆浴或淋浴）**□**不能独立完成，需依赖他人(3)修饰：**□**独立完成刷牙(包括固定假牙）、洗脸、梳头、剃须（如使用电动剃须刀者应会插插头）等**□**不能独立完成，需依赖他人(4)穿衣：**□**能独立穿脱衣服，包括系扣、开关拉链、穿脱鞋袜、系鞋带、穿脱支具等**□**需要部分帮助，但在正常时间内至少能独自完成一半**□**极大或完全依赖他人(5)控制大便：**□**能控制，没有失禁。如需要能使用栓剂或灌肠剂**□**偶尔失禁（每周少于1次，或需要在帮助下用栓剂或灌肠剂**□**失禁或昏迷(6)控制小便:**□**能控制，没有失禁，如需要使用器具，能无须帮助自行处理**□**偶尔失禁（每24小时少于1次）**□**失禁或昏迷(7)用厕：**□**能独立进出厕所或使用便盆，无助手能解、穿衣裤和进行便后擦拭、冲洗或清洁便盆**□**在保持平衡、解穿衣裤或处理卫生等方面需要帮助**□**极大或完全依赖他人(8)床椅转移：**□**能独立完成床到轮椅、轮椅到床的转移全过程，包括从床上坐起，锁住车闸，移开脚踏板**□**需较小帮助（1人帮助）或语言的指导、监督**□**可以从床上坐起，但在进行转移时需较大帮助（2人帮助）**□**不能坐起，完全依赖他人完成转移过程(9)平地行走:**□**能独立平地行走45米，可以使用矫形器、假肢、拐杖、助行器，但不包括带轮的助行器**□**在1人帮助（体力帮助或语言指导）下能平地行走45米**□**如果不能走，能独立使用轮椅行进45米**□**不能完成(10) 上下楼梯：**□**能独立完成，可以使用辅助器械**□**活动中需要帮助或监护**□**不能完成 |
| 申报事项确认 | **承诺：以上情况以及所提供资料均真实有效，并且同意将评定结果在一定范围内公示。当出现按规定须变更或停止其照护保险待遇情形的，将及时予以申报。如有提供虚假资料或瞒报漏报的，将按相关法律法规规定承担相应责任。**申请人签字确认： 日期： 年 月 日 |
| 社区意见 | 社区签章： 年 月 日 |
| 受理事项 | 经办机构或受托机构（章）： 负责人签字： 受理日期： 年 月 日 |

（注：本表由照护保险经办机构留存）

附件2

日常生活活动能力评定量表

（Barthel指数评定量表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 项目 | 评定标准 | 分值标准 |
| 1．进食 | 较大和完全依赖 | 0 |
| 需部分帮助（夹菜、盛饭） | 5 |
| 全面自理 | 10 |
| 2．洗澡 | 依赖 | 0 |
| 自理 | 5 |
| 3．梳洗修饰 | 依赖 | 0 |
| 自理（能独立完成洗脸、梳头、刷牙、剃须） | 5 |
| 4．穿衣 | 依赖 | 0 |
| 需一半帮助 | 5 |
| 自理（系开钮扣、开关拉链和穿鞋） | 10 |
| 5．控制大便 | 昏迷或失禁 | 0 |
| 偶尔失禁（每周<1次） | 5 |
| 能控制 | 10 |
| 6．控制小便 | 失禁或昏迷或需他人导尿 | 0 |
| 偶尔失禁（<1次/24小时；>1次/周） | 5 |
| 能控制 | 10 |
| 7．如厕 | 依赖 | 0 |
| 需部分帮助 | 5 |
| 自理 | 10 |
| 8．床椅转移 | 完全依赖别人 | 0 |
| 需大量帮助（2人），能坐 | 5 |
| 需小量帮助（1人），或监护 | 10 |
| 自理 | 15 |
| 9．行走 | 不能走 | 0 |
| 在轮椅上独立行动 | 5 |
| 需1人帮助（体力或语言督导） | 10 |
| 独自步行（可用辅助器具） | 15 |
| 10．上下楼梯 | 不能 | 0 |
| 需帮助 | 5 |
| 自理 | 10 |
| 合 计 | 100 |
| 注：此量表满分为100分。根据总分，将自理能力分为重度依赖、中度依赖、轻度依赖和无需依赖四个等级，得分≤40分表示为重度依赖，41-60分表示为中度依赖，61-99分表示为轻度依赖，100分表示为无需依赖。 |

附件3

南通市基本照护保险

参保人员失能评定结论书

 通照险评\*\*\*\*第\*\*\*\*号

被 评 定 人：xxx

社会保障卡号: xxxx

身份证号码：xxxx

身份证住址：xxxx

根据《日常生活活动能力评定量表》（Barthel指数评定量表）失能标准，经市劳动能力鉴定专家组评定，对其失能程度作出如下评定结论：

 **符 合 （重度、中度）失能标准**

南通市劳动能力鉴定委员会

 \*\*\*\*年 \*月\*\*日

注：本结论书一式三份，被评定人、市照护保险服务中心、市劳动能力鉴定委员会各一份。