**南通市基本照护保险居家待遇申请表**

接收序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 | |  | | | | 身份证号 | | | |  | | | | |
| 居住地址 | |  | | | | 联系电话 | | | |  | | | | |
| 代理人姓名 | |  | | | | 身份证号 | | | |  | | | | |
| 与参保人关系 | |  | | | | 疾病概述 | | | |  | | | | |
| 评定结论书 | | * 已领 □ 未领 | | | | 评定编号 | | | |  | | | | |
| 待遇开始日期 | |  | | | | 失能（智）等级 | | | | * 重度失能（智） □ 中度失能（智） | | | | |
| ★津贴补助 | **按天计算，按季发放，住院期间不计算** | | | | | | | | | | | | | |
| 津贴等级 | | * 15元/天 □ 8元/天 | | | | 医保卡银行账户 | | | | | * 已激活 □ 未激活 | | |
| ★居家服务 | **以下套餐任选一款，个人支付5元/次，从上述津贴补助中扣除，一周一次上门服务**  **□需要 □不需要** | | | | | | | | | | | | | |
| □ 安康1 | | □ 安康2 | | □ 护康1 | | | □ 护康2 | | | □ 护康3 | | | □ 护康4 |
| □ 清洁服务 | | □ 压疮护理 | | □ 体征监测 | | | □ 清洁服务+压疮护理 | | | □ 清洁服务+体征监测 | | | □ 压疮护理+体征监测 |
| **在选择上述任一套餐后，方可选下列套餐，个人不付费（可同时选）**  **□需要 □不需要** | | | | | | | | | | | | | |
| □宁康套餐（一周一次服务） | | | | | | | | □个性化服务（每月限额200元服务项目） | | | | | |
| ★辅具服务 | **租赁类** | | | | | | | | **购买类** | | | | | |
| **产品名称** | | | **租金个人支付** | | **押金收取** | | | **产品名称** | | | | **购买个人支付** | |
| □ 家用照护床 | | | 0-3.75元/天 | | ≥800元/张 | | | □ 拐杖 | | | | 0-8元/个 | |
| □ 多功能轮椅 | | | 0-1.5元/天 | | □ 座便椅 | | | | 0-60元/个 | |
| □ 静态防褥疮床垫 | | | 0-1.25元/天 | | ≥400元/张 | | | □ 助行器 | | | | 0-27.5元/个 | |
| □ 轮椅 | | | 0-1元/天 | | □ 护理垫（每月限6包） | | | | 0-2.4元/包 | |
| □ 护理机器人 | | | 0-10元/天 | | … | | | □ 尿不湿（每月限5包） | | | | 0-4.5元/包 | |
| □ 移位车 | | | 0-2.5元/天 | | 0-9元/包 | |
| 其他： | | | | | | | | | | | | | |
| **重要提醒：**辅具服务年度限额标准为：重度失能（智）6400元/年，中度失能（智）4800元/年。超出限额部分，基金不予支付。个人负担部分直接支付给定点辅具服务公司。 | | | | | | | | | | | | | |
| 参保人或代理人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

**授 权 委 托 书**

代理人 （姓名） （身份证号码）委托 公司工作人员 （姓名）为参保人 （姓名） （身份证号码）代办照护保险居家待遇申请手续。

委托人签名： 被委托人签名：

日期： 被委托机构签章：