**南通市长期照护保险失能等级评估申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 评估对象基本信息 | 姓名 |  | | | | 参保人近期免冠彩色照片 | |  |
| 身份证 |  | | | |
| 年龄 |  | 性别 |  | |
| 疾病 |  | | | |
| 参保地 |  | | | |
| 首次申请 | □是 □否 | | | |
| 失能时间（年月） |  | | | | 是否经过康复治疗 | | □是，治疗 个月  □否 |
| 人员性质 | □职工基本医疗保险 □城乡居民医疗保险 □建档立卡低收入人群 | | | | | | |
| 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 □护理机构 □医院 □其他 | | | | | | |
| 居住地址 | 省 市 区/县 街道/乡（村）  社区 | | | | | | |
| 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 |  | | | 与参保人关系 | |  | |
| 联系电话 |  | | | 身份证 | |  | |
| 联系地址 | 省 市 区/县 街道/乡（村）  社区 | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申报材料及注意事项 | 1. 参保人、代理人（或监护人）的居民身份证等有效身份证明材料原件和复印件； 2. 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（尽可能详细完整，便于后期评估）； 3. 申请人应准确、规范填写《长期护理失能等级评估申请表》、《长期护理失能等级自评表》各项信息，联系地址应写明省、市、区/县、街道/乡镇、门楼详址； 4. 入住定点照护机构的人员，向该机构提交申请，集中报照护服务中心安排评定； 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照护保险专项窗口，联系电话：59001278） | |
| 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 | |
| 经办机构受理意见 | |  |