

附件1

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		
	工作单位					
	申请类别	☐ 居家护理(☐ 居家 ☐ 上门服务 ☐ 非定点养老机构) ☐ 机构护理 ☐ 医疗专护				
	申请定点 护理服务机构					
	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		
	参保人社保卡	开户行		卡 号		
	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)_____ _____				

年 月 日

医护专家鉴定意见：

专家签字：

年 月 日

年 月 日

承诺事项	参保人未有工伤保险、第三方支付相关医护费用；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
------	--

申请人(签字): 年月日

经办机构 (含受托第三方) 受理事项	
--------------------------------------	--

经办人签字:

审核人签字: