

苏州市养老服务需求评估申请表

姓 名	李 × ×		性 别	1 男 2 女 ☒	
评估编号	□□□□□□□□		评估日期	□□□□年 □□月 □□日	
评估原因	1 首次评估 2 复检评估 3 持续评估 4 变更评估 ☐				
身份证号	□□□□□□□□□□□□□□□□		宗 教 信 仰	0 无 1 有 ☐	
社保卡号	□□□□□□□□□□		民 族	1 汉族 2 少数民族 ☐	
文化程度	1 文盲 2 小学 3 初中 4 高中/技校/中专 5 大学专科及以上 6 不详 ☐				
婚姻状况	1 未婚 2 已婚 3 丧偶 4 离婚 5 未说明的婚姻状况 ☒				
医疗费用支付方式	1 城镇职工基本医疗保险 2 城镇居民基本医疗保险 3 新型农村合作医疗 4 贫困救助 5 商业医疗保险 6 全公费 7 全自费 8 其他 ☒ □/□/□/□				
申请对象	1 城乡五保 2 低保或低保边缘 3 市级以上劳动模范 4 重点优抚对象 5 归国华侨 6 “二无”困难老人 7 无子女照顾或子女残疾的困难老人 8 独生子女家庭对象中的困难老人 9 其他 ☒ □/□/□/□				
疾 病 诊 断	慢性疾病	高血压 ☒ 冠心病 ☐ 前列腺增生 ☐ 糖尿病 其他:			
	重大疾病	☐ 恶性肿瘤 ☐ 尿毒症透析 ☐ 器官移植 (含手术后的抗排异治疗) ☐ 白血病。 ☐ 急性心肌梗塞 ☐ 脑中风 ☐ 急性坏死性胰腺炎 ☐ 脑外伤 ☐ 主动脉手术 ☐ 冠状动脉旁路手术 ☐ 慢性肾功能衰竭 ☐ 急慢性重症肝炎 ☐ 危及生命的良性脑瘤 ☐ 重症糖尿病 ☐ 消化道出血 ☐ 系统性红斑狼疮 ☐ 慢性再生障碍性贫血 ☐ 血友病			
	痴呆	0 无 1 轻度 2 中度 3 重度 ☐			
	精神疾病	0 无 1 精神分裂症 2 双相情感障碍 3 偏执性精神障碍 4 分裂情感性障碍 5 癫痫所致精神障碍 6 精神发育迟滞伴发精神障碍 ☒			
	康复状况	1 很差 2 差 3 普通 4 好 5 非常好 ☒			
近 30 天 意 外 事 件	跌倒	0 无 1 发生过 1 次 2 发生过 2 次 3 发生过 3 次以上 ☒			
	走失	0 无 1 发生过 1 次 2 发生过 2 次 3 发生过 3 次以上 ☐			
	噎食	0 无 1 发生过 1 次 2 发生过 2 次 3 发生过 3 次以上 ☐			
	自杀	0 无 1 发生过 1 次 2 发生过 2 次 3 发生过 3 次以上 ☒			
	其他				
申请养老服务需求	居家养老: 1 生活照料 2 助餐 3 助浴 4 医疗保健 5 紧急救助 机构养老: 6 自理 7 介助 8 介护 ☐ ☒ ☒ ☐ ☐				
居住地址	苏州市 (区) 吴门桥 街道 (镇) ×× 社区 (村) ×× 幢 (号)				
户籍所在地	苏州市 (区) 吴门桥 街道 (镇)		邮政编码		
住宅电话	0512-××××××××		手机号码	1××××××××××	
代理人姓名	李 × ×		与申请人关系	母子	
代理人地址	苏州市 (区) ×× 街道 (镇)				
固定电话	0512-××××××××		手机号码	1××××××××××	
社区 (村) 养老机构初审意见	(盖章) 负责人: ××× 联系电话: 1×××××××××× 年 月 日				