附件1

本溪市家庭养老床位建床申请审批表

建床地区：\_\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_\_街道（乡镇）\_\_\_\_\_\_居（村）委会

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **老人姓名** |  | **电话联系** | **本人联系电话** |  |
| **性 别** |  | **紧急联系人** | 姓 名：联系电话： |
| **年 龄****（周岁）** |  | **平均可支配月收入（元）** |  |
| **身份证号** |  | **户籍地** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道（乡镇）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_居（村）委会 |
| **申请资质 （身份）** |  |
| **申请建床****住宅地址** | 地址：\_\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道（乡镇）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_居（村）委会\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 是否与户籍地属同一地区：□是/□否（在所选项□内划√) |
| **申请建床****住宅情况** | **房屋建筑面积** | （ ）㎡ | **接受改****造情况** | □未接受过任何政府保障改造 □已享受老年人家庭适老化改造  |
| **产权人姓名** |  | **产权人****联系电话** |  |
| **同住人（监护人）姓名** |  | **监护人****联系电话** |  |
| **申请人****（代办人）****确认** | 本人自愿申请建设家庭养老床位，提供证明材料真实有效，同意并遵守政府相关补助规定，履行相关协议（合同），愿意承担家庭养老床位建设中出现的相关风险和责任。 申请人（代办人）签字： |
| **产权人****确认** | 本人作为房屋产权人，自愿接受相关机构对该住宅进行必要的适老化改造和信息化建设，履行改造协议（合同）。产权人签字： |
| **老年人能力评估结果**（根据评估报告在对应项目下方划√） | **完全失能 （卧床）** | **完全失能 （失智）** | **重度 （卧床）** | **重度 （失智）** | **重度** | **轻度** | **自理** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **居住地居民委员会****受理意见** | □符合/□不符合家庭养老床位申请资质。（在对应□内划√） 经办人： 公章 年 月 日 |
| 服务项目： □家庭适老化改造（已享受老年人家庭适老化改造的，不再选取） □家庭智能化 □居家养老上门服务 （在对应□内划√） |
| **居住地街道办事处****审批意见** | □同意/□不同意该老年人家庭养老床位建床申请。 （在对应□内划√，选择不同意的，需说明理由) 不同意理由：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 经办人： 公章 年 月 日 |
| **居住地县（区）民政局审批意见** | 经办人： 公章  年 月 日 |
| **市民政局审批意见** | 经办人： 公章  年 月 日 |
| **附 件**（由市民政局留存） | □ 申请人户口簿 □ 申请人及代办人身份证 □ 申请人申请资质证明材料（特困分散供养、低保低收入家庭） □ 申请人老年人能力评估结果 |

注：此表一式4份，居民委员会、街道办事处、区民政局、市民政局各1份。

附件2

本溪市居家养老上门服务申请审批表

服务地区：\_\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_\_街道（乡镇）\_\_\_\_\_\_居（村）委会

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **老人姓名** |  | **电话联系** | **本人联系电话** |  |
| **性 别** |  | **紧急联系人** | 姓 名：联系电话： |
| **年 龄****（周岁）** |  | **平均可支配月收入（元）** |  |
| **身份证号** |  | **户籍地** | \_\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道（乡镇）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_居（村）委会 |
| **申请资质 （身份）** |  |
| **申请服务地址 （蓝牌号）** | 地址： \_\_\_\_\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道（乡镇）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_居（村）委会\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_是否与户籍地属同一地区：□是/□否（在所选项□内划√) |
| **申请人****（代办人）确认** | 本人自愿申请居家养老上门服务，提供证明材料真实有效，同意并遵守政府相关补助规定，履行相关协议（合同），愿意承担服务过程中出现的相关风险和责任。 申请人（代办人）签字： |
| **老年人能力评估结果**（根据评估报告在对应项目下方划√） | **完全失能 （卧床）** | **完全失能 （失智）** | **重度 （卧床）** | **重度 （失智）** | **重度** | **轻度** | **自理** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **居住地居民委员会****受理意见** | □符合/□不符合居家养老上门服务申请资质。（在对应□内划√） 经办人： 公章 年 月 日 |
| **居住地街道办事处****审批意见** | □同意/□不同意该老年人居家养老上门服务申请。 （在对应□内划√，选择不同意的，需说明理由) 不同意理由：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 经办人： 公章 年 月 日 |
| **居住地县（区）民政局审批意见** | 经办人： 公章  年 月 日 |
| **市民政局审批意见** | 经办人： 公章  年 月 日 |
| **附 件**（由市民政局留存） | □ 申请人户口簿 □ 申请人及代办人身份证 □ 申请人申请资质证明材料（特困分散供养、低保低收入家庭） □ 申请人老年人能力评估结果 |

注：此表一式4份，居民委员会、街道办事处、区民政局、市民政局各1份。

附件3

本溪市家庭养老床位基本项目参考清单

|  |
| --- |
| 一、适老化改造  |
| 序号 | 类别 | 项目名称 | 具体内容 | 项目类型 |
| 1 | 地面改造 | 防滑处理 | 在卫生间、厨房、卧室等区域，铺设防滑砖或者防滑地胶 | 基础 |
| 2 | 高差处理 | 铺设水泥坡道或者加设橡胶等材质的可移动式坡道 | 基础 |
| 3 | 门改造 | 门槛移除 | 移除门槛，便利老年人进出 | 可选 |
| 4 | 房门拓宽 | 对卫生间、厨房等空间较窄的门洞进行拓宽，改善通过性，方便轮椅进出 | 可选 |
| 5 | 下压式门把手改造 | 可用单手手掌或者手指轻松操作，增加摩擦力和稳定性，方便老年人开门 | 可选 |
| 6 | 卧室改造 | 安装床边护栏（抓杆） | 辅助老年人起身、上下床，防止翻身滚下床 | 基础 |
| 7 | 配置护理床 | 帮助失能老年人完成起身、侧翻、上下床、吃饭等动作，辅助喂食、处理排泄物等 | 可选 |
| 8 | 配置防压疮垫 | 避免长期乘坐轮椅或卧床的老年人发生严重压疮，包括防压疮坐垫、靠垫或床垫等 | 可选 |
| 9 | 如厕洗浴设备改造 | 安装扶手 | 在如厕区或者洗浴区安装扶手，包括一字形扶手、U形扶手、L形扶手、135°扶手、T形扶手或者助力扶手等 | 基础 |
| 10 | 配置淋浴椅 | 辅助老年人洗澡用，避免老年人滑倒 | 基础 |
| 11 | 物理环境改造 | 灯源改造 | 安装自动感应灯，辅助老年人起夜使用 | 基础 |
| 12 | 电源插座及开关改造 | 根据情况进行高/低位、大面板、夜间指示改造，方便老年人使用 | 可选 |
| 13 | 安装防撞护角/防撞条、提示标识 | 在家具尖角或墙角安装防撞护角或者防撞条，必要时粘贴警示条 | 可选 |
| 二、智能化改造 |
| 序号 | 类别 | 项目名称 | 具体内容 | 项目类型 |
| 14 | 网络连接设备 | WIFI路由器 | 保证相关智能设备数据的传送和服务响应 | 基础（任选其一） |
| 15 | 无线网卡 |
| 16 | 紧急呼叫设备 | 紧急呼叫器 | 安装在床头、卫生间等关键位置，老年人出现危机情况便于一键呼叫 | 基础 |
| 17 | 生命体征监测设备 | 智能腕表 | 动态监测和记录老年人呼吸、心率等参数，发现异常自动提醒 | 基础 |
| 18 | 安全监控装置 | 烟雾报警器 | 安装在居家响应位置，用于监测老年人居室环境，发生险情时及时报警 | 基础 |
| 19 | 可燃气体泄露报警器 | 可选 |
| 20 | 溢水报警器 | 可选 |
| 21 | 视频或语音通话设备 | 智能监控摄像头 | 双向实时视频或语音通话，及时准确掌握老人在家实时情况 | 基础 |
| 22 | 智能感应设备 | 门磁感应器 | 装在门或窗等位置，实时监测门窗开闭状态，触发及时报警 | 可选 |
| 23 | 红外探测器 | 安装在卧室、客厅等老年人频繁活动区域，探测老年人活动情况 | 可选 |
| 三、老年用品 |
| 序号 | 类别 | 项目名称 | 具体内容 | 项目类型 |
| 24 | 老年用品 | 手杖 | 辅助老年人平稳站立和行走，包含三脚或四脚手杖、凳拐等 | 5项任选其三 |
| 25 | 轮椅/助行器 | 辅助家人、照护人员推行/帮助老年人站立行走，扩大老年人活动空间 |
| 26 | 放大装置 | 运用光学/电子原理进行影像放大，方便老年人使用 |
| 27 | 自助进食器具 | 辅助老年人进食，包括防洒碗（盘）、助食筷、弯柄勺（叉）、饮水杯（壶） |
| 28 | 助听器 | 帮助老年人听清声音来源，增加与周围的交流，包括盒式助听器、耳内助听器、耳背助听器、骨传导助听器等 |

注：中央财政补助资金对符合条件的服务对象予以补助支持的项目分为基础项目和可选项目，基础项目是必须配置的项目，可选项目是根据老年人实际情况和需求进行个性化配置的项目。适老化改造配置项目（1-13项）中的可选项目7项选2项（不可重复选）；智能化改造配置项目（14-23项）中的可选项目4项选1项；老年用品配置项目（24-28项）中的可选项目5项选3项（不可重复选）。

附件4

本溪市居家养老上门服务基本项目指导目录

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 类别 | 项目名称 | 服务内容 |
| **生活照料服务** | 助餐 | 烹饪服务、协助老年人前往老年助餐点就餐等 |
| 助浴 | 上门助浴或协助前往老年人助浴点进行身体清洁等 |
| 助洁 | 普通助洁包括居家清洁、衣物洗涤、物品整理等。个人助洁包括洗漱、剪发剃须、洗脚剪指甲等 |
| 助行 | 协助行走、陪伴外出、参加活动等 |
| 助急 | 紧急呼叫、紧急转介等 |
| 助医 | 陪同就医、治疗陪伴等 |
| **基础照护服务** | 排泄护理 | 排尿护理、排便护理、排气护理等 |
| 护理协助 | 协助和指导翻身、拍背、褥疮预防等 |
| 康复护理 | 包括康复评估、计划制定、康复指导、康复理疗等 |
| **探访关爱服务** | 远程服务 | 接受与协助老年人电话呼叫和紧急求助 |
| 上门探访 | 了解掌握老年人的健康状况、精神状况、安全情况、卫生状况、居室环境、服务需求等 |
| **健康管理服务** | 建立健康档案 | 采集老年人的体检信息、既往疾病史等健康信息，建立老年人健康档案 |
| 预防保健 | 健康咨询、用药提醒、营养指导等 |
| 常规生理指数监测 | 监测体温、体重、血压、呼吸、心率、血糖等 |
| **委托代办服务** | 代购日常用品 | 代购日常生活用品，纸品、果蔬等 |
| 代缴日常费用 | 代缴水、电、暖气、通讯费等日常费用 |
| 代订代取业务 | 代订车票、预约车辆，代取送信函、文件和物品等 |
| 代为申请服务 | 代为申请法律援助、救助服务等 |
| **精神慰藉服务** | 亲情陪护 | 定期协助有意愿的老年人外出活动或前往服务机构参加集体活动 |
| 情绪疏导 | 与老年人进行谈心、交流，耐心倾听老年人的诉说 |
| 心理慰藉 | 通过心理健康教育、心理干预手段调整老年人心理状态 |

附件5

本溪市家庭养老床位适老化改造需求评估表

 县（区） 街道（乡镇） 居（村）委会

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 老人姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 改造住址 |  |
| 住宅状况 | （城镇、农村） |
| 老年人身体状况评估结果 | （重度失能、中度失能、轻度失能） |
| 居家环境评估结果 |  |
| 康复辅助器具需求评估结果 |  |
| 照护者需求评估结果 |  |
| 改造方案设计 | 改造项目 | 改造内容 | 预估费用（元） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 预估费用合计 |  元（其中政府补贴： 元、自付 元） |
| 评估确认 | 本人及本组织承诺对以上评估结果及改造方案设计负责，愿意承担因评估及设计不当产生的一切不良后果。评估人： （签字）设计人： （签字）评估改造组织： （盖章） 年 月 日 |
| 审核结果 | 通过□ 不通过□（审核方组织重新设计）本人及本组织承诺对审核结果负责，愿意承担因审核不当产生的一切不良后果。审核人： （签字）审核服务组织： （盖章） 年 月 日 |
| 老年人（委托人）确认 | 本人（是□/否□）认同上述评估结果，同意按设计方案进行施工改造，愿意承担因施工改造产生的一切后果。老年人（委托人）签字： 年 月 日 |
| 居住地县（区）民政局审批意见 | 经办人： 公章  年 月 日 |

注：同时有多名重度失能且长期卧床老年人的家庭，要在此表同时填报每名老年人的有关信息。

附件6

本溪市家庭养老床位智能化改造需求评估表

 县（区） 街道（乡镇） 居（村）委会

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 老人姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 改造住址 |  |
| 住宅状况 | （城镇、农村） |
| 同住人（照料人）情况 | （包括有无同住照料人，几人及其他需要说明情况） |
| 老年人身体状况评估结果 | （重度失能、中度失能、轻度失能） |
| 智能设备安装环境评估结果 | （是否有网络覆盖等其他智能化服务需要的基础环境描述） |
| 智能看护需求评估结果 |  |
| 改造方案设计 | 建设、配置项目 | 实现功能（配置目的） | 预估费用（元） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 预估费用合计 |  元（其中政府补贴： 元、自付 元） |
| 评估确认 | 本人及本组织承诺对以上评估结果及建设、配置方案设计负责，愿意承担因评估及设计不当产生的一切不良后果。评估人： （签字）设计人： （签字）评估改造组织： （盖章） 年 月 日 |
| 老年人（委托人）确认 | 本人（是□/否□）同意上述评估结果，同意按设计方案进行智能化建设及相关设备配置，愿意接受后续智能看护服务，若因服务对象自身不配合（如断电等）导致智能看护服务中断而产生的一切后果，由服务对象本人承担。老年人（委托人）签字： 年 月 日 |
| 设计审核确认 | 通过□ 不通过□（退回服务机构组织重新设计）提示：审核人对设计方案实用性进行评估，坚持一户一策，以解决老人刚需为原则，确保专项补助资金流向准确、使用合理。审核人： （签字） 年 月 日 |
| 居住地县（区）民政局审批意见 | 经办人： 公章  年 月 日 |

注：智能化设备安装以“户”为单位，1户仅享受1次智能化建设补助待遇。审核确认由区民政局结合实际部署安排。

附件7

本溪市家庭养老床位适老化改造验收表

 县（区） 街道（乡镇） 居（村）委会

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 老人姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 改造住址 |  |
| 改造情况 | 改造项目 | 改造时间 | 改造人员（签字） | 金额（元） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 改造总金额（元） |  |
| 验收结果 | 合格□ 不合格□（审核方组织重新改造）本人及本组织承诺对审核结果负责，愿意承担因审核不当产生的一切不良后果。审核人： （签字）审核服务组织： （盖章） 年 月 日 |
| 老年人（委托人）确认 | 本人（是□/否□）认同上述改造结果，确认按评估结果完成改造，签订相关服务协议。老年人（委托人）签字： 年 月 日 |
| 县（区）民政局意见 | 负责人： 盖章 经办人： 年 月 日 |

注：同时有多名重度失能且长期卧床老年人的家庭，要在此表同时填报每名老年人的有关信息。

附件8

本溪市家庭养老床位智能化改造验收表

 县（区） 街道（乡镇） 居（村）委会

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 老人姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 改造住址 |  |
| 改造情况 | 改造（配置）项目 | 改造时间 | 改造人员（签字） | 金额（元） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 改造总金额（元） |  |
| 验收结果 | 合格□ 不合格□（审核方组织重新改造）本人及本组织承诺对验收结果负责，愿意承担因验收不当产生的一切不良后果。验收人： （签字）验收服务组织： （盖章） 年 月 日 |
| 老年人（委托人）确认 | 本人（是□/否□）认同上述建设及设备配置结果，确认按评估结果完成家庭智能化建设项目，签订相关服务协议。老年人（委托人）签字： 年 月 日 |
| 县（区）民政局意见 | 负责人： 盖章 经办人： 年 月 日 |

附件9

本溪市家庭养老床位建设及居家养老

上门服务需求调查表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **老人姓名** |  | **电话联系** | **本人联系电话** |  |
| **性 别** |  | **紧急联系人** | 姓 名：联系电话： |
| **年 龄****（周岁）** |  | **平均可支配月收入（元）** |  |
| **身份证号** |  | **户籍地** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道（乡镇）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_居（村）委会 |
| **居住地址** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道（乡镇）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_居（村）委会  |
| **家庭户籍类型** | □非农业 □农业 |
| **申请服务类型** | □家庭养老床位建设 □居家养老上门服务（二选一） |
| **老年人身份类型** | □特困分散供养□低保最低生活保障类别：□低保 □困补□低收入低收入家庭类型：□城市低收入 □农村低收入 |
| **老年人能力评估结果**（在对应项目下方划√） | **完全失能 （卧床）** | **完全失能 （失智）** | **重度 （卧床）** | **重度 （失智）** | **重度** | **轻度** | **自理** |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **填表人****（代办人）****确认** | 本人自愿申请建设家庭养老床位/居家养老上门服务，提供证明材料真实有效，同意并遵守政府相关补助规定，履行相关协议（合同），愿意承担家庭养老床位建设/居家养老上门服务中出现的相关风险和责任。 填表人（代办人）签字： |

本溪市民政局办公室 2023年7月31日印发