

# 老年照护统一需求评估申请表

(用于申请长期护理保险和养老基本公共服务)

## 1、申请人基本信息

姓名\*: \_\_\_\_\_ 性别\*: \_\_\_\_\_ 出生年月日\*: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

身份证号码\*: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

户籍地址\*: \_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_街道/镇\_\_\_\_\_居委/村\_\_\_\_\_路\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_号\_\_\_\_\_室

居住地址\*: \_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_街道/镇\_\_\_\_\_居委/村\_\_\_\_\_路\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_号\_\_\_\_\_室

收信地址\*: \_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_街道/镇\_\_\_\_\_居委/村\_\_\_\_\_路\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_号\_\_\_\_\_室

收信邮编\*: \_\_\_\_\_ 联系电话\*: \_\_\_\_\_ 手机号码\*: \_\_\_\_\_

## 2、代办人信息

代办人姓名: \_\_\_\_\_ 联系电话: \_\_\_\_\_

手机号码: \_\_\_\_\_ 代办人邮箱: \_\_\_\_\_

代办人身份证号码: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 3、家庭医生

家庭医生姓名: \_\_\_\_\_ 家庭医生联系方式: \_\_\_\_\_

单位: \_\_\_\_\_

## 4、评估类型和评估时间

评估类型\*: 初次评估 复核评估 终核评估 状态评估 期末评估

评估时间\*: 星期一 星期二 星期三 星期四 星期五  
星期六 星期日

时间段\*: 上午 下午

## 5、护理类型

社区居家照护 养老机构照护

## 6、申请服务机构

名称\*: \_\_\_\_\_

## 7、申请人经济状况\*

低保: 是 否 低收入: 是 否

申请人或代办人(签名): \_\_\_\_\_

申请日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日