附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 本人近期2寸 免冠照片 |
| 身份证号码 | |  | | | | |
| 户籍所在地 | |  | | 家庭人口 |  | |
| 个人月低保金 | |  | | 月残疾人两补资金 |  | |
| 其他行政给付资金 | |  | | 拟入住机构名称 |  | | |
| 亲属姓名 | |  | | 联系电话 |  | | |
| 乡镇街道联系人 | |  | | 联系电话 |  | | |
| 本人或亲属申请意见 | 本人签字（手印）：  或家属签字（手印）：  年 月 日 | | | | | | |
| 乡镇街道审核意见 | 经办人： （公章）  年 月 日 | | | 县级  民政  部门  审批  意见 | 经办人： （公章）  年 月 日 | | |
| 能力评估机构评估意见 | 经我机构评估，申请人（ ）能力评估结果为（ ），具体的评估报告附后。建议（可以或者不能）申请经济困难失能老年人集中照护服务政策。  经办人1签字： 经办人2签字： 能力评估机构（公章）  年 月 日 | | | | | | |

**辽宁省经济困难失能老年人集中照护能力评估申请表**