附件1.1

经济困难失能老年人集中照护服务救助申请表

申请时间：

|  |
| --- |
| **以下由老年人或其代理人填写** |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生 年月 |  | 身份 证号 |  | 住址 |  |
| 代理人 姓名 |  | 身份 证号 |  | 联系电话 |  | 与申请人关系 |  |
| 已享受的行政给付 | 口最低生活保障金　□困难残疾人生活补贴 口重度残疾人护理补贴 口经济困难失能补贴 口其他  |
| **以下由入住养老机构填写** |
| 入住机构名称 |  | 评估 级别 |  | 实际入住时间 |  | 机构月实际收费 |  | 入住机构意见 | 自入住至申请，该对象实际入住本机构已满 天。(盖章) |
| **以下由民政部门填写** |
| 行政给付审核情况 | 本县域内集中供养特困人员生活补贴人均标准与完全失能人员护理补贴人均标准总和为 元/月。（社会股负责签字： ）经核实，该对象已享受最低生活保障金 元/月(社会救助经办签字： );困难残疾人生活补贴 元/月，重度残疾人护理补贴 元/月(社会救助经办签字： );经济困难失能补贴 元/月（经办签字： ）；其他 元/月。综上，该对象已享受行政给付合计 元/月。 |
| **经审核、公示符合条件的,以下由民政部门填写** |
| 县级民政部门审批意见 | 同意从对象申请当月( 年 月)起算，给予救助 元/月审批人： (单位盖章)年 月 日 |