附件2

泰安市重度失能（失智）人员照护

需求等级评估申请表

定点护理机构名称（编码）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人  信息 | 姓名 |  | 身份证号码 |  | |
| 参保状况 | □在职 □退休 | | | |
| 联系人  信息 | 联系人1  （监护人） | 姓名 |  | 与参保人关系 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 联系地址 |  | 手机号码 |  |
| 联系人2  （监护人） | 姓名 |  | 与参保人关系 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 联系地址 |  | 手机号码 |  |
| 申请  事项 | 服务形式 | □机构照护：  □居家照护： | | | |
| 服务类型 | □申请开设 □申请延期 | | | |
| 申请  承诺 | 温馨提示：根据有关规定，失能者申请享受泰安市长期护理保险，必须接受专业人员对本人的经济状况、生活环境、病情及自理能力的评估。相关工作人员将登门调查生活环境等情况，并实施查看病历资料、询问病情、查体等工作，根据需要，可能还要录音、录像以及采集指纹信息等，申请人及家属应给予积极配合。不予配合、无法完成相关评估和确认工作的，将终止待遇核准。  □本人已认真阅读上述内容，理解并愿意配合做好上述工作，保证在申请及评估时所提供的信息真实、完整、准确。  参保人（监护人）签字：  年 月 日 | | | | |