附件2

辽宁省经济困难失能老年人等群体

集中照护服务申请救助审批表（参考样式）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | | 本人近期2寸  免冠照片 | |
| 身份证号 | | |  | | | | | |
| 户籍所在地 | | |  | | | | | |
| 社会救助职能部门  所在地 | | |  | | | | | |
| 月养老护理补贴 | |  | 月养老服务补贴 |  | 月残疾人“两项补贴” | |  | | 当地最低生活保障标准 |  |
| 银行卡号 | | |  | | | | | | | |
| 养老机构 | 机构名称 | |  | | 家庭成员 | 姓名 | | 与照护人关系 | | 联系电话 |
| 机构所在地 | |  | |  | |  | |  |
| 月收费标准 | |  | |  | |  | |  |
| 机构联系人 | |  | |  | |  | |  |
| 联系电话 | |  | |  | |  | |  |
| 本人（代理人）  申请意见 | | | 本人自愿入住集中照护服务定点养老机构，入住时间已超过30天，现向民政部门申请集中照护服务补助。  本人或代理人签字（手印）  年 月 日 | | | | | | | |
| 县级民政部门  审批意见 | | | 经审核认定申请符合集中照护服务补助条件，每月发放补助金XX元。  经办人： （公章）  年 月 日 | | | | | | | |