

附件 1

政府购买居家养老服务项目申请表

姓名		身份证号	
性别		民族	
社保		文化程度	<input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 本科及以上
出生年月		曾从事职业	
户籍所在地	区(县):	街(镇):	路 居(村)委 小区 单元 室
居住地址	区(县):	街(镇):	路 居(村)委 小区 单元 室
居住状况	<input type="checkbox"/> 独自居住 <input type="checkbox"/> 与配偶 <input type="checkbox"/> 与亲戚朋友居住		
住房性质	<input type="checkbox"/> 产权房 <input type="checkbox"/> 租赁房 <input type="checkbox"/> 廉租房 <input type="checkbox"/> 政府保障性住房		
住宅电话		手机	
代理人住宅电话		代理人手机	
经济状况	<input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 子女补贴 <input type="checkbox"/> 低保金 <input type="checkbox"/> 其他		
本人情况	<input type="checkbox"/> 特困老人 <input type="checkbox"/> 失独老人 <input type="checkbox"/> 城市低保家庭中的重度残疾老人 <input type="checkbox"/> 重点优抚对象老人 <input type="checkbox"/> 低保家庭空巢老人 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭空巢老人 <input type="checkbox"/> 曾获市级以上劳动模范荣誉称号的空巢老人 <input type="checkbox"/> 失能老人 <input type="checkbox"/> 失智老人 <input type="checkbox"/> 80 周岁以上空巢老人		
社区证明			
经核实, 该老人属于 <input type="checkbox"/> 特困老人 <input type="checkbox"/> 失独老人 <input type="checkbox"/> 城市低保家庭中的重度残疾老人 <input type="checkbox"/> 重点优抚对象老人 <input type="checkbox"/> 低保家庭空巢老人 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭空巢老人 <input type="checkbox"/> 曾获市级以上劳动模范荣誉称号的空巢老人 <input type="checkbox"/> 失能老人 <input type="checkbox"/> 失智老人 <input type="checkbox"/> 80 周岁以上空巢老人			
社区负责人签字: (盖章) 年 月 日			
申请人承诺书			
本人属于_____老人, 情况属实, 自愿接受长春市民政局福彩公益金购买居家养老服务项目, 并接受评估组织及社会的监督。			
本人(代理人) 签字: 年 月 日			

此表格需用 A4 纸制作

证明材料粘贴处

此页需粘贴老人各项证明材料，如：身份证、低保证、残疾证等复印件、老年人自理能力评估表、失智评估证明等，证明材料较多的可重复制作。