厦门市困难残疾人生活补贴申请审批表

翔安区　　　镇（街、场）　　　居（村） 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 | 　 | 出生年月 | 　　 年　 月（年龄　　周岁） |
| 性别 |  | 身份证号 |  |
| 残疾人证号 | 　 | 残疾证发证时间 | 　　 |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  |
| 家庭地址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 银行账号 | 　 | 开户银行 | 　 |
| 文化程度 | □文盲　　□小学　　□初中　　□高中/中专　　□大专以上 |
| 婚姻状况 | □已婚　　□未婚　　□离异　　□丧偶 |
| 劳动能力 | □有劳动能力　□部分丧失劳动能力　□完全丧失劳动能力　□无劳动能力 |
| 人员类别 | □无固定收入　　□有固定收入但属于低保家庭□有固定收入但属于低收入家庭 |
| 监护人或委托申请人 |  |
| 申请及承诺（请认真对照“申请条件”栏后填写） | 本人目前无固定收入（或有固定收入但属于低保或低收入家庭），生活困难，且符合困难残疾人生活补贴条件，特向政府申请困难残疾人生活补贴。 本人承诺：以上填写的内容完全真实，如有变化，将主动申报；若弄虚作假，愿意按照《厦门市人民政府关于落实困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的实施意见》的规定接受审批机构处罚。申请人（监护人）签字：　　　　　　　年　月　日 |
|
| 镇(街)审核意见 | 经审查，该残疾人符合享受困难残疾人生活补贴条件。该残疾人情况于　月　日—　月　日在　　　镇（街）进行公示，辖区内居民未提出异议。　 单位（公章）负责人：　　　　　经办人：　　　　　　　　年　月　日 |
|
|
| 区残联审核意见 | 经审核，该对象为 残疾 级，目前未享受残疾人自主创业补贴，未在区福乐家园和镇（街）残疾人职业援助中心训练并领取相关补贴。　　　　　　　　　　　　　　　　　单位（公章）负责人：　　　　　经办人：　　　　　　　年　月　日 |
| 区民政局审定意见 | 同意从本月起按每人每月360元标准给予补助。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　单位（公章）负责人：　　　　　　经办人：　　　　　　　　　年　月　日 |
| 备注：（主要注明审核未通过原因等） |
| 说明 | 此表一式三份，镇（街）、区残联、区民政局各存一份。 |

厦门市重度残疾人护理补贴申请审批表

　翔安区　　　镇（街、场）　　　居（村）填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 | 　 | 出生年月 | 　　 年　 月（年龄　　周岁） |
| 性别 |  | 身份证号 |  |
| 残疾人证号 | 　 | 残疾类别 | 　 | 残疾等级 | 　 |
| 家庭地址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 直系亲属姓名 |  | 联系电话 |  |
| 银行账号 | 　 | 开户银行 | 　 |
| 残疾类型 | □精神一、二级残疾□智力一、二级残疾□精神三级残疾□智力三级残疾□60周岁以上（含）视力一级残疾□经医学鉴定属生活不能自理的其他各类一、二级残疾 |
| 是否低保对象 | □是　　□否　（低保证号：　　　　　　　　　　　）　 |
| 申请及承诺（请认真对照“申请条件”栏后填写） | 本人符合重度残疾人护理补贴条件，特向政府申请重度残疾人护理补贴。 本人承诺：以上填写的内容完全真实，如有变化，将主动申报；若弄虚作假，愿意按照《厦门市人民政府关于落实困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的实施意见》的规定接受审批机构处罚。申请人（监护人）签字：　　　　　　　年　月　日 |
|  镇(街)审核意见 | 经审查，该残疾人属（勾选）：□一、二级残疾人低保对象，符合每月领取510元的标准给予补贴。□一、二级残疾人非低保对象，符合每月领取430元的标准给予补贴。□精神、智力三级残疾人低保对象，符合每月领取430元的标准给予补贴。□精神、智力三级残疾人非低保对象，符合每月领取340元的标准给予补贴。该残疾人情况已在镇（街）进行公示，辖区内居民未提出异议。　　　单位（公章）负责人：　　　　　经办人：　　　　　　　　　年　月　日 |
| 区残联审核意见 | 经审核，该对象情况属实，目前残联未为其发放其他居家护理补助，同意申请。　　　单位（公章）负责人：　　　　　经办人：　　　　 　　 　年　月　日 |
| 区民政局审定意见 | 同意从 年 月起，按每人每月 元标准给予补助。　　　　单位（公章）负责人：　　　　　经办人：　　　　　　　　　年　月　日 |
| 说明 | 此表一式三份，街（镇）、区残联、区民政局各存一份。 |

肢体残疾人生活能力评估表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  |
| 性别 |  | 年龄 |  | 家庭地址 |  |
| 　　专科检查情况（主要描述体位、肢体肌力、运动功能状况等） |  |
| 改良Barthel指数评估情况： |
| 序号 | ADL项目 | 自理 | 稍依赖 | 较大依赖 | 完全依赖 | 得分 |
| 1 | 进食 | 10 | 5 | 0 | 0 |  |
| 2 | 洗澡 | 5 | 0 | 0 | 0 |  |
| 3 | 修饰 | 5 | 0 | 0 | 0 |  |
| 4 | 穿衣 | 10 | 5 | 0 | 0 |  |
| 5 | 大便 | 10 | 5 | 0 | 0 |  |
| 6 | 小便 | 10 | 5 | 0 | 0 |  |
| 7 | 用厕 | 10 | 5 | 0 | 0 |  |
| 8 | 转移 | 15 | 10 | 5 | 0 |  |
| 9 | 行走（平地45米） | 15 | 10 | 5 | 0 |  |
| 10 | 上下楼梯 | 10 | 5 | 0 | 0 |  |
| 评估总得分 |  |
| 评估地点 | 居住地□ 医院□ |
| 评估意见 | 经检查，该人士为肢体残疾类中的：四肢瘫痪□ 截瘫□偏瘫□ 其他： ，Barthel评分为 分，属 。 医生签字： 医院盖章 陪同人员签字：　　 　　　　　　　　　　 年 月 日 |
| 注：1.本表一式两份，医院及区民政局各存留一份。2.入户鉴定者需区民政部门或街（镇）工作人员或村（居）委会工作人员陪同签字有效，自行到医院鉴定者则由指定医生签字即可。 |