附件1

养老服务需求评估申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | | 出生年月 | | |  |
| 身份证号码 |  | | 户籍所在地 | | |  | | | |
| 居住地址 | 街（镇） 村（居） 路 号 房 | | | | | | | | |
| 邮 编 |  | | | | 住宅电话 | | |  | |
| 手 机 | | |  | |
| 文化程度 | □不识字 □略识字 □小学  □初中 □高中 □大学及以上 | | | | 婚姻状况 | | | □未婚 □已婚  □丧偶 □离婚 | |
| 年 龄 | □0-69 □70-79 □80-89 □90-99 □100岁以上 | | | | | | | | |
| 居住情况 | □与子女同住 □与亲友同住 □孤寡 □独居 □与配偶同住 | | | | | | | | |
| 经济条件 | □低收入（城镇“三无”、农村五保、低保、困难家庭）  □无社保  □夫妻双方平均退休工资 （养老保险金）： 元／月 | | | | | | | | |
| 特殊对象 | □特困供养对象 □低保 □市级以上劳模 □重点优抚对象 □失独 | | | | | | | | |
| 代理人姓名 |  | | | 与申请人关系 | | |  | | |
| 代理人地址 | 街（镇） 村（居） 路 号 房 | | | | | | | | |
| 电 话 |  | 手机 | | |  | | | | |
| 需求意愿 | □居家养老 □社区日间托老（日间照料） □机构养老  □享受养老补贴 | | | | | | | | |
| 申请人（代理人）签字： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 村（社区）意见：  签名（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 镇（街道、园区）公共服务办意见：    签名（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | | | |

注：在相对应□打“√”。