附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **福州市长期护理保险失能评定申请表**  **（样表）**  **申报序号：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **参保人信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | |  | | | 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | 性别 |  | |
| 出生日期 | | |  | | | 民族 | |  | | 籍贯 | | |  | | | | | | 社保卡号 |  | |
| 联系方式 | | |  | | | 婚姻状况 | |  | | 学历 | | |  | | | | | | 工作状态 | □在职  □退休 | |
| 户籍地址 | | | 省 市\_\_\_\_\_\_区/县\_\_\_\_\_\_\_\_\_镇/街道\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地址 | | | 福州市\_\_\_\_\_\_\_\_区/县\_\_\_\_\_\_\_\_\_镇/街道\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 曾从事职业 | | |  | | | | | 意向护理方式 | | | □居家护理 □养老机构 □医疗机构 | | | | | | | | | | |
| 意向定点护理机构（选填） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **监护人（代理人）信息 （本人申报无需填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人委托 作为监护人（代理人），代表本人办理长期护理保险失能评定相关手续。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | 身份证号 | | |  | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | |
| 性别 | |  | | 居住住址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 与申请人 关系 | | □配偶 □子女 □父母 □其他亲属 □雇佣照顾者 □其他（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注信息 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **失能相关信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 导致失能的原因 | | □心脏疾病 □肺部疾病 □肾脏疾病 □脑部疾病 □帕金森氏病  □阿尔茨海默病 □烧伤 □恶性肿瘤 □车祸等意外 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 失能时间 | |  | | | 是否经过康复治疗 | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **目前生活情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请对象 | | □普通职工 □医疗救助对象 □其他\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经济条件 | | □2000元/月以下 □2000-3000元/月 □3000元/月以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住状况 | | □独居 □与配偶/伴侣居住 □与子女居住  □与父母居住 □与兄弟姊妹居住 □与其他亲属居住  □与非亲属关系的人居住 □养老机构 □医院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日常照料人 | | □配偶 □子女 □父母 □亲戚 □邻居 □保姆 □钟点工 □其他\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **就医及健康状况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗支付方式 | 城镇职工基本医疗保险 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 就医方式 | □家庭病床 □社区医院 □其他医院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外伤、手术 | □无 □有 | | | | | | | | 家族病史 | | | | | | | □无 □有 □不详 | | | | |
| 慢性疾病 | □冠心病 □糖尿病 □高血压 □高脂血症 □贫血  □慢性肾功能不全 □骨折 □慢性阻塞性肺病 □中风后遗症  □帕金森氏病 □白内障 □骨质疏松症 □恶性肿瘤 □前列腺肥大  □大小便失禁 □便秘 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 痴呆 | □无 □阿尔茨海默病轻度 □阿尔茨海默病中度 □阿尔茨海默病重度 | | | | | | | | | | | 精神疾病 | | | | | □无 □精神障碍 | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |
| 近30天内意外事件 | 车祸 | | | □无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工伤 | | | □无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 意外伤 | | | □无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 跌倒 | | | □无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 压疮 | | | □无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 噎食 | | | □无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自杀 | | | □无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他 | | | □无 □发生过1次 □发生过2次 □发生过3次及以上 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **佐证资料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 温馨提示：佐证资料包括**有效诊断证明书**、**参保人身份证复印件**、**代办人身份证复印件**、**参保人社保卡及其他相关作证资料**。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |