

## 附件 2

## 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		县(市、区)	镇(街道) 村(居)
居住地址	县(市、区)	镇(街道)	村(居)	路	号 房
邮编		住宅电话			
		手机			
文化程度	<input type="checkbox"/> 不识字 <input type="checkbox"/> 略识字 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大学及以上	婚姻状况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离婚		
年龄	<input type="checkbox"/> 60—69岁 <input type="checkbox"/> 70—79岁 <input type="checkbox"/> 80—89岁 <input type="checkbox"/> 90—99岁 <input type="checkbox"/> 100岁及以上				
居住情况	<input type="checkbox"/> 与子女同住 <input type="checkbox"/> 与亲友同住 <input type="checkbox"/> 孤寡 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 与配偶同住				
经济条件	<input type="checkbox"/> 低收入(城乡特困、低保、困难家庭) <input type="checkbox"/> 无社保 <input type="checkbox"/> 夫妻双方平均退休工资(养老保险金): _____ 元/月				
特殊对象	<input type="checkbox"/> 城乡特困 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 市级以上劳模 <input type="checkbox"/> 重点优抚对象 <input type="checkbox"/> 失独				
代理人姓名		与申请人关系			
代理人地址	县(市、区)	镇(街道)	村(居)	路	号 房
电话		手机			
需求意愿	<input type="checkbox"/> 居家养老 <input type="checkbox"/> 社区日间托老(日间照料) <input type="checkbox"/> 机构养老 <input type="checkbox"/> 享受养老补贴				
申请人(代理人签字): _____ 年 月 日					
镇(街道)初审意见: _____ 签名(盖章): _____ 年 月 日					

注: 在相对应□打“√”