

附件 4

养老服务需求评估意见书

| | | | | | | | |
|----------------------|---|--------|--|------|--|----|--|
| 评估表编号 | | 评估完成日期 | | | | | |
| 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | | 年龄 | |
| 身体状况 | <input type="checkbox"/> 能力完好 <input type="checkbox"/> 轻度失能 <input type="checkbox"/> 中度失能 <input type="checkbox"/> 重度失能 | | | | | | |
| 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（养老金）低于当地最低工资标准 <input type="checkbox"/> 夫妻双方平均退休工资（养老金）低于当地职工平均工资 <input type="checkbox"/> 夫妻双方平均退休工资（养老金）达到当地职工平均工资及以上 | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 建议服务类型 | <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 | | | | | | |
| 评估机构负责人签名： | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 县（市、区）民政局业务主管部门审核意见： | | | | | | | |
| 签名（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | |
| 县（市、区）民政局意见： | | | | | | | |
| 签名（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | |

注：在相对应□打“√”