附件1：

 厦门市海沧区重度残疾人机构托养服务申请表

 街道 村（社区）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 家庭地址 |  |
| 出生年月 |  | 残疾类别等级 |  | 残疾证号 |  |
| 联系电话 |  | 经济状况 | 低保□ 低收入（低保边缘家庭）□ 其他□ |
| 父母配偶子女情况 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 家庭其他残疾成员情况 | 称谓 | 姓名 | 残疾类别等级 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 本人承诺 |  本人自愿进入机构寄宿制托养,承诺符合托养条件及提交申请材料均属实。 申请人（监护人）：  年 月 日 | 机构评估意见 |  经评估， （残疾证号: ）适宜进入机构托养，于年 月 日入住本机构 。  审核人（签字）： 单位（盖章） 年 月 日 |
| 村（社区）意见 |  系我（村）社区所辖居民，申请材料情况属实。 受理人（签字）： 年 月 日 审核人（签字）： 年 月 日 单位（盖章）  | 街道残联意见 |  系我街道 居（村）委会所辖居民，申请材料情况属实。 复核人（签字）：  单位（盖章） 年 月 日 |
| 区残联审批意见 |  经审核，同意 入住机构托养。受理人（签字）：审批人（签字）： 单位 （盖章） 年 月 日 |

\*本表一式四份，村（社区）、街道、区残联各一份，残疾人本人持一份，入托时交机构保存。

附件2：

厦门市海沧区重度残疾人托养服务补助资金审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 残疾等级 | 经济状况 | 进机构时间 | 退出机构时间 | 补助标准 | 补助时段 | 补助月数 | 补助金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |

区残联负责人(签字)： 区残联审核人： 区残联经办人： 托养中心负责人： 经办人：

附件3：

厦门市海沧区重度残疾人机构托养人员名册

接收机构名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 残疾人证号 | 家庭地址 | 进机构时间 | 退出机构时间 | 经济状况 | 监护人 | 监护人与托养对象关系 | 监护人电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 经办人：