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：