

附件 1

武汉市养老服务需求评估申请表

姓名		性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
评估编号		评估日期	年 月 日	
评估原因	<input type="checkbox"/> 首次评估 <input type="checkbox"/> 复检评估 <input type="checkbox"/> 持续评估			
身份证号	<input type="text"/>	宗教信仰	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	
社保卡号	<input type="text"/>	民族	<input type="checkbox"/> 汉族 <input type="checkbox"/> 少数民族	
文化程度	<input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中/技校/中专 <input type="checkbox"/> 大学专科及以上 <input type="checkbox"/> 不详			
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 未说明的婚姻状况			
医疗费用支付方式	<input type="checkbox"/> 城镇职工基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 城镇居民基本医疗保险 <input type="checkbox"/> 新型农村合作医疗 <input type="checkbox"/> 贫困救助 <input type="checkbox"/> 商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 全公费 <input type="checkbox"/> 全自费 <input type="checkbox"/> 其他			
申请对象	<input type="checkbox"/> 已享受政府购买居家养老护理服务的困难老年人 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 低收入家庭 <input type="checkbox"/> 家庭人均可支配收入低于当年全市最低工资标准 <input type="checkbox"/> 80 岁以上老人			
疾病诊断	慢性疾病	<input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 前列腺增生 <input type="checkbox"/> 糖尿病 其他:		
	重大疾病	<input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 尿毒症透析 <input type="checkbox"/> 器官移植(含手术后的抗排异治疗) <input type="checkbox"/> 白血病 <input type="checkbox"/> 急性心肌梗塞 <input type="checkbox"/> 脑中风 <input type="checkbox"/> 急性坏死性胰腺炎 <input type="checkbox"/> 脑外伤 <input type="checkbox"/> 主动脉手术 <input type="checkbox"/> 冠状动脉旁路手术 <input type="checkbox"/> 慢性肾功能衰竭 <input type="checkbox"/> 急慢性重症肝炎 <input type="checkbox"/> 危及生命的良性脑瘤 <input type="checkbox"/> 重症糖尿病 <input type="checkbox"/> 消化道出血 <input type="checkbox"/> 系统性红斑狼疮 <input type="checkbox"/> 慢性再生障碍性贫血 <input type="checkbox"/> 血友病		
	痴呆	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 1 轻度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度		
	精神疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 精神分裂症 <input type="checkbox"/> 双向情感障碍 <input type="checkbox"/> 偏执性精神障碍 <input type="checkbox"/> 4 分裂情感性障碍 <input type="checkbox"/> 癫痫所致精神障碍 <input type="checkbox"/> 精神发育迟滞伴发精神障碍		
	康复状况	<input type="checkbox"/> 很差 <input type="checkbox"/> 差 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 好 <input type="checkbox"/> 非常好		
申请养老服务需求	居家养老: <input type="checkbox"/> 生活照料 <input type="checkbox"/> 助餐 <input type="checkbox"/> 助浴 <input type="checkbox"/> 医疗保健 <input type="checkbox"/> 紧急救助 机构养老: <input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介护			
居住地址	市(区) 街道(镇) 社区(村) 幢 室			
户籍所在地	市(区) 街道(镇)		邮政编码	
住宅电话			手机号码	
代理人姓名		与申请人关系	电话	
代理人地址	市(区) 街道(镇)			
社区(村)、机构意见	(单位盖章) 负责人: 联系电话 年 月 日			
街道(镇)核查意见	(单位盖章) 负责人: 联系电话 年 月 日			
本人信用承诺	本人承诺:			

附件 2

武汉市老年人养老服务需求评估报告

申请人姓名： _____

身份证号码： _____

家庭住址： _____

联系人姓名： _____

联系电话： _____

评估编号： _____

_____ 区民政局印制

二〇 年 月 日

老年人能力等级评估表 (一)

1. 日常生活活动

进食: 指用餐具将食物由容器送到口中, 包括用筷子、勺或叉取食物、咀嚼、吞咽等过程	___分	<input type="checkbox"/> 10分, 可独立进食 (在合理的时间内独立进食准备好的食物)
		<input type="checkbox"/> 5分, 需部分帮助 (前述某个步骤需要一定帮助)
		<input type="checkbox"/> 0分, 需极大帮助或完全依赖他人, 或需留置胃管
洗澡	___分	<input type="checkbox"/> 5分, 准备好洗澡水后, 可自己独立完成洗澡过程
		<input type="checkbox"/> 0分, 在洗澡过程中需他人帮助
修饰: 包括洗脸、刷牙、梳头、刮脸等	___分	<input type="checkbox"/> 5分, 可自己独立完成
		<input type="checkbox"/> 0分, 需他人帮助
穿衣: 指穿脱衣服、系扣子、拉拉链、穿脱鞋袜、系鞋带	___分	<input type="checkbox"/> 10分, 可独立完成
		<input type="checkbox"/> 5分, 需部分帮助 (能自己穿脱, 但需他人帮助整理衣物、系扣/鞋带、拉拉链)
		<input type="checkbox"/> 0分, 需极大帮助或完全依赖他人
大便控制	___分	<input type="checkbox"/> 10分, 可控制大便
		<input type="checkbox"/> 5分, 偶尔失控 (每周<1次)
		<input type="checkbox"/> 0分, 完全失控
小便控制	___分	<input type="checkbox"/> 10分, 可控制小便
		<input type="checkbox"/> 5分, 偶尔失控 (每天<1次, 但每周>1次)
		<input type="checkbox"/> 0分, 完全失控, 或留置导尿管
如厕: 包括去厕所处、解开衣裤、擦净、整理衣裤、冲水等	___分	<input type="checkbox"/> 10分, 可独立完成
		<input type="checkbox"/> 5分, 需部分帮助 (需他人搀扶去厕所、需他人帮忙冲水或整理衣裤等)
		<input type="checkbox"/> 0分, 需极大帮助或完全依赖他人
床椅转移	___分	<input type="checkbox"/> 15分, 可独立完成
		<input type="checkbox"/> 10分, 需部分帮助 (需他人搀扶或使用拐杖)
		<input type="checkbox"/> 5分, 需极大帮助 (较大程度上依赖他人搀扶和帮助)
		<input type="checkbox"/> 0分, 完全依赖他人
平地行走	___分	<input type="checkbox"/> 15分, 可独立在平地上行走 45m
		<input type="checkbox"/> 10分, 需部分帮助 (因肢体残疾、平衡能力差、过度虚弱、视力等问
		<input type="checkbox"/> 5分, 需极大帮助 (因肢体残疾、平衡能力差、过度虚弱、视力等问
		<input type="checkbox"/> 0分, 完全依赖他人

上下楼梯	分	<input type="checkbox"/> 10分，可独立上下楼梯（连续上下10~15个台阶）
		<input type="checkbox"/> 5分，需部分帮助（需扶楼梯、他人搀扶，或使用拐杖等）
		<input type="checkbox"/> 0分，需极大帮助或完全依赖他人
生活自理能力 总分	分	分级： <input type="checkbox"/> 0（能力完好）：总分100分 <input type="checkbox"/> 1（轻度受损）：总分61-99分 <input type="checkbox"/> 2（中度受损）：总分41-60分 <input type="checkbox"/> 3（重度受损）：总分≤40分

老年人能力等级评估表 (二)

2. 精神状态

认知功能	测验	“我说三样东西，请重复一遍，并记住，一会儿还会问您”：苹果、手表、国旗
		(1)画钟测验：“请在这儿画一个圆形时钟，在时钟上标出10点45分”
		(2)回忆词语：“现在请您告诉我，刚才我要您记住的三样东西是什么？” 答：_____、_____、_____ (不必按顺序)
评分 __分		<input type="checkbox"/> 0分，画钟正确（画出一个闭锁圆，指针位置准确），且能回忆出2-3个词
		<input type="checkbox"/> 1分，画钟错误（画的圆不闭锁，或指针位置不准确），或只回忆出0-1个词
		<input type="checkbox"/> 2分，确诊为认知障碍，如老年痴呆
攻击行为	__分	<input type="checkbox"/> 0分，无身体攻击行为（如打、踢、推、咬、抓、摔东西）和言攻击行为（如骂人、语言威胁、尖叫）
		<input type="checkbox"/> 1分，每月有几次身体攻击行为，或每周有几次语言攻击行为
		<input type="checkbox"/> 2分，每周有几次身体攻击行为，或每日有语言攻击行为
抑郁情绪	__分	<input type="checkbox"/> 0分，无
		<input type="checkbox"/> 1分，情绪低落、不爱说话、不爱梳洗、不爱活动
		<input type="checkbox"/> 2分，有自杀念头或自杀行为
精神认知 总分	__分	分级： <input type="checkbox"/> 0（能力完好）：总分为0分 <input type="checkbox"/> 1（轻度受损）：总分为1分 <input type="checkbox"/> 2（中度受损）：总分2-3分 <input type="checkbox"/> 3（重度受损）：总分4-6分

老年人能力等级评估表 (三)

3. 感知觉与沟通

精神意识水平	__分	<input type="checkbox"/> 0分, 神志清醒, 对周围环境警觉
		<input type="checkbox"/> 1分, 嗜睡, 表现为睡眠状态过度延长。当呼唤或推动患者的肢体时可唤醒, 并能进行正确的交谈或执行指令, 停止刺激后又继续入睡
		<input type="checkbox"/> 2分, 昏睡, 一般的外界刺激不能使其觉醒, 给予较强烈的刺激时可有短时的意识清醒, 醒后可简短回答提问, 当刺激减弱后又很快进入睡眠状态
		<input type="checkbox"/> 3分, 昏迷, 处于浅昏迷时对疼痛刺激有回避和痛苦表情; 处于深昏迷时对刺激无反应 (若评定为昏迷, 直接评定为重度失能, 可不进行以下项目的评估)
视力: 若平日带老花镜或近视镜, 应在佩戴眼镜的情况下评估	__分	<input type="checkbox"/> 0分, 能看清书报上的标准字体
		<input type="checkbox"/> 1分, 能看清楚大字体, 但看不清书报上的标准字体
		<input type="checkbox"/> 2分, 视力有限, 看不清报纸大标题, 但能辨认物体
		<input type="checkbox"/> 3分, 辨认物体有困难, 但眼睛能跟随物体移动, 只能看到光、颜色和形状
		<input type="checkbox"/> 4分, 没有视力, 眼睛不能跟随物体移动
听力: 若平时佩戴助听器, 应在佩戴助听器的情况下评估	__分	<input type="checkbox"/> 0分, 可正常交谈, 能听到电视、电话、门铃的声音
		<input type="checkbox"/> 1分, 在轻声说话或说话距离超过2米时听不清
		<input type="checkbox"/> 2分, 正常交流有些困难, 需在安静的环静或大声说话才能听到
		<input type="checkbox"/> 3分, 讲话者大声说话或说话很慢, 才能部分听见
		<input type="checkbox"/> 4分, 完全听不见
沟通交流 (包括非语言沟通)	__分	<input type="checkbox"/> 0分, 无困难, 能与他人正常沟通和交流
		<input type="checkbox"/> 1分, 能够表达自己的需要及理解别人的话, 但需要增加时间或给予帮助
		<input type="checkbox"/> 2分, 表达需要或理解有困难, 需频繁重复或简化口头表达
		<input type="checkbox"/> 3分, 不能表达需要
分级: <input type="checkbox"/> 0 (能力完好): 意识为清醒, 且视力和听力评定为0或1, 沟通评定为0 <input type="checkbox"/> 1 (轻度受损): 意识为清醒, 但视力或听力中至少一项评定为2, 或沟通评定为1 <input type="checkbox"/> 2 (中度受损): 意识为嗜睡; 意识为清醒, 但视力或听力中至少一项评定为3, 或沟通评定为2 <input type="checkbox"/> 3 (重度受损): 意识为昏睡或昏迷; 意识为清醒, 但视力或听力中至少一项评定为4, 或沟通评定为3		

老年人能力等级评估表 (四)

4. 社会参与

生活能力	__分	<input type="checkbox"/> 0分, 除个人生活自理外(如饮食、洗漱、穿戴、二便), 还能料理家务(如做饭、洗衣)或当家管理事务
		<input type="checkbox"/> 1分, 除个人生活自理外, 能做家务, 但欠好, 家庭事务安排欠条理
		<input type="checkbox"/> 2分, 个人生活能自理; 只有在他人帮助下才能做些家务, 但质量不好
		<input type="checkbox"/> 3分, 个人基本生活事务能自理(如饮食、二便), 在督促下可洗漱
		<input type="checkbox"/> 4分, 个人基本生活事务(如饮食、二便)需要部分帮助或完全依赖他人
工作能力	__分	<input type="checkbox"/> 0分, 原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作可照常进行
		<input type="checkbox"/> 1分, 原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作能力有所下降
		<input type="checkbox"/> 2分, 原来熟练的脑力工作或体力技巧性工作明显不如以往, 部分遗忘
		<input type="checkbox"/> 3分, 对熟练工作只有一些片段保留, 技能全部遗忘
		<input type="checkbox"/> 4分, 对以往的知识或技能全部磨灭
时间/空间定向	__分	<input type="checkbox"/> 0分, 时间观念(年、月、日、时)清楚; 可单独出远门, 能很快掌握新环境的方位
		<input type="checkbox"/> 1分, 时间观念有些下降, 年、月、日清楚, 但有时相差几天; 可单独来往于近街, 知道现住地的名称和方位, 但不知回家路线
		<input type="checkbox"/> 2分, 时间观念较差, 年、月、日不清楚, 可知上半年或下半年; 只能单独在家附近行动, 对现住地只知名称, 不知道方位
		<input type="checkbox"/> 3分, 时间观念很差, 年、月、日不清楚, 可知上午或下午; 只能在左邻右舍间串门, 对现住地不知名称和方位
		<input type="checkbox"/> 4分, 无时间观念; 不能单独外出
人物定向	__分	<input type="checkbox"/> 0分, 知道周围人们的关系, 知道祖孙、叔伯、姑娘、侄子侄女等称谓的意义; 可分辨陌生人的大致年龄和身份, 可用适当称呼
		<input type="checkbox"/> 1分, 只知家中亲密近亲的关系, 不会分辨陌生人的大致年龄, 不能称呼陌生人
		<input type="checkbox"/> 2分, 只能称呼家中人, 或只能照样称呼, 不知其关系, 不辨辈分
		<input type="checkbox"/> 3分, 只认识常同住的亲人, 可称呼子女或孙子女, 可辨熟人和生人
		<input type="checkbox"/> 4分, 只认识保护人, 不辨熟人和生人
社会交往能力		<input type="checkbox"/> 0分, 参与社会, 在社会环境有一定的适应能力, 待人接物恰当

		<input type="checkbox"/> 1 分，能适应单纯环境，主动接触人，初见面时难让人发现智力问题，不能理解隐喻语
		<input type="checkbox"/> 2 分，脱离社会，可被动接触，不会主动待人，谈话中很多不适词句，容易
		<input type="checkbox"/> 3 分，勉强可与人交往，谈吐内容不清楚，表情不恰当
		<input type="checkbox"/> 4 分，难以与人接触
社会适应 总分	一分	分级： <input type="checkbox"/> 0（能力完好）：总分 0-2 分 <input type="checkbox"/> 1（轻度受损）：总分 3-7 分 <input type="checkbox"/> 2（中度受损）：总分 8-13 分 <input type="checkbox"/> 3（重度受损）：总分 ≥14 分

武汉市老年人经济状况评估表 (五)

分 类	判断评分
低保	
低收入家庭	
家庭人均收入低于当年全市最低工资标准	
80 岁以上的	

武汉市老年人居住状况评估表 (六)

居住条件	居住楼层	有无电梯	判断评分
	三层 (含) 以上 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	0 分
三层 (含) 以下 <input type="checkbox"/>	无 <input type="checkbox"/>	5 分	
三层以上 <input type="checkbox"/>	有 <input type="checkbox"/>	10 分	
三层以下 <input type="checkbox"/>	无 <input type="checkbox"/>	15 分	
居住环境	孤寡、独居	<input type="checkbox"/>	20 分
	空巢	<input type="checkbox"/>	15 分
	与子女亲友同住	<input type="checkbox"/>	0 分
合计	分		
<p>孤寡老人：是指无配偶、无子女。</p> <p>独居老人：是指与子女分开生活，一人独居一处的老年人。城市社区、与子女不住在同一住宅小区，可认定为独居老人；农村社区，与子女不住在同一小组或住宅小区的，可认定为独居。</p> <p>空巢老人：是指与子女分开生活，仅与配偶同住的老年人。空巢和独居老人的区别在于是一人还是与配偶同住，其他认定条件相同。</p>			

老年人养老服务需求评估报告 (七)

日常生活活动: <input type="checkbox"/>	精神状况: <input type="checkbox"/>
感知觉与沟通: <input type="checkbox"/>	社会参与: <input type="checkbox"/>
生活能力等级	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 <input type="checkbox"/>
加分条款: 在生活能力等级同等条件下, 按加分多少优先提供相关服务	
经济状况	低保 30 分 <input type="checkbox"/> 低收入家庭 25 分 <input type="checkbox"/> 家庭人均可支配收入低于当年全市最低工资标准 20 分 <input type="checkbox"/> 80 岁以上的 10 分 <input type="checkbox"/>
居住状况	三层以下(含)有电梯 0 分 <input type="checkbox"/> 三层以下(含)无电梯 5 分 <input type="checkbox"/> 三层以上有电梯 10 分 <input type="checkbox"/> 三层以上无电梯 15 分 <input type="checkbox"/>
	孤寡、独居 20 分 <input type="checkbox"/> 空巢 15 分 <input type="checkbox"/> 与亲友、子女共住 0 分 <input type="checkbox"/>
重大疾病	35 分
评估加分总计	
养老服务需求	助洁 <input type="checkbox"/> 助餐 <input type="checkbox"/> 助医 <input type="checkbox"/> 助浴 <input type="checkbox"/> 助行 <input type="checkbox"/> 助急 <input type="checkbox"/>
评估结论	
建议养老服务形式	居家养老: <input type="checkbox"/> 生活照料 <input type="checkbox"/> 助餐 <input type="checkbox"/> 助浴 <input type="checkbox"/> 助医 <input type="checkbox"/> 助急 <input type="checkbox"/> 助浴 <input type="checkbox"/> 助行 机构养老: <input type="checkbox"/> 自理 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 介护
评估员签名: _____ 日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
信息提供者签名: _____ 日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
社区(村)意见	负责人: _____ (单位盖章) 联系电话: _____ 年 _____ 月 _____ 日
街道(镇)审查意见	<input type="checkbox"/> 符合评估标准
	<input type="checkbox"/> 建议再次评估
市(区)审核意见	负责人: _____ (单位盖章)
	<input type="checkbox"/> 确认评估结果 <input type="checkbox"/> 同意再次评估
服务组织确认	负责人: _____ (单位盖章) 联系电话: _____ 年 _____ 月 _____ 日

附件 3

武汉市养老服务补贴告知书

尊敬的-----老人:

你所提交的《武汉市养老服务需求申请表》收悉, 经评估, 符合不符合政府养老服务援助条件。

从-----年---月---日起每月享受---小时居家养老免费服务或每月享受-----元的入住护理院经费补贴。

-----民政局

年 月 日

附件 4

武汉市养老评估机构登记表 (表一)

编号:

机构名称				
机构地址				
负责人姓名		联系电话		
服务电话				
拟评估区域		机构使用面积		
评估员	姓 名	出生年月	性别	上岗证编号
市(区)民政局审批意见				
市民政局备案记录	备案时间: 年 月 日 材料接收人签字:			

注: 该表一式两份, 一份报武汉市民政局备案, 一份市区民政局部门存档。

武汉市养老评估机构撤销备案表 (表二)

序号	机构名称	地 址	编号	撤销原因

填表人: 联系电话:

_____ 民政局
年 月 日