附件2：

邵阳市 （县市区）经济困难失能老年人

入住养老机构申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 出生年月 |  | 照片粘贴处 |
| 身份证号码 |  | | |
| 性 别 |  | 联系方式 |  |
| 家属姓名 |  | 与申请人关系 |  |
| 家属联系方式 |  | 经评估后能力等级 |  |  |
| 户籍地址 |  | | | |
| 现居住地址 |  | | | |
| 已享受的行政给付及标准 | 1.最低生活保障 元 / 月 ； 2.困难残疾人生活补贴 元/月  3.重度残疾人护理补贴 元 / 月； 4.高龄补贴 元/月  5.百岁老人长寿保健津贴 元 / 月； 6.其他补贴 元/月 | | | |
| 申请内容 | 本人 申请在 县（市区）养老机构入住，自愿遵守所在养老机构的管理规定。  本人承诺以上所填内容和提供材料均真实有效，如有虚假内容或瞒报，本人自愿承担一切后果！ | | | |
| 申请人身体及精神状态等基本情况 |  | | | |
| 申请人（代理人）签字 | 年 月 日 | | | |