附件6

**护理服务需求评定表（试行）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、申请人基本信息** | | | | | | | | | | | | |
| 申请人姓名 |  | | 性 别 |  | | | 出生日期 | |  | | 年龄 | 岁 |
| 身份证号码 |  | | | | | 手 机 | | |  | | | |
| 户籍所在地 | 区（县） 街（镇） 村（居） | | | | | | | | | | | |
| 居住地址 | 区（县） 街（镇） 村（居） 路 号 房 | | | | | | | | | | | |
| 婚姻状况 | □未婚 □已婚 □丧偶 □离婚 | | | | | | | | | | | |
| 居住情况 | □与子女同住 □与亲友同住 □孤寡 □独居 □与配偶同住 | | | | | | | | | | | |
| 代理人姓名 |  | | | | 与申请人关系 | | | |  | | | |
| 代理人地址 | 区（县） 街（镇） 村（居） 路 号 房 | | | | | | | | | | | |
| 代理人电话 |  | | | | | | | | | | | |
| **二、评估情况** | | | | | | | | | | | | |
| 评估类型 | | □首次评估 □重复评估 | | | | | | 本次评估时间 | | 年 月 日 | | |
| 老年人能力等级 | | □完好 □轻度受损 □中度受损 □重度受损 | | | | | | | | | | |
| 老年综合征  罹患项数 | |  | | | | | | | | | | |
| **三、评估结果** | | | | | | | | | | | | |
| 护理需求等级 | □0级（能力完好） □1级（轻度失能）  □2级（中度失能） □3级（重度失能）  □4级（极重度失能）  签名（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 评估人员签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 评估机构意见： □同意 □不同意  签名（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

**说明：**本表由评估机构填写。