附件1

**泰兴市长期护理保险待遇申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 评估对象基本信息 | 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 民 族 |  | 参保地 |  |
| 失能时间 |  个月  | 是否康复治疗 | □ 是，治疗月数 月 □ 否 |
| 首次申请 | □ 是 □否 | 联系电话 |  |
| 保障方式 | □职工基本医疗保险 □城乡居民基本医疗保险 □特困供养 □最低生活保障 其他： |
| 文化程度 | □文盲 □小学 □中学（含中专） □大学（含大专）及以上 |
| 居住状况 | □独居 □与配偶/伴侣居住 □与子女居住 □与父母居住 □医院□与兄弟姐妹居住 □与其他亲属居住 □与非亲属关系的人居住  □养老机构  |
| 居住地址 |  省 市 区/县 街道/乡 （村）  |
| 当需要帮助时（包括患病时），谁能来照料： | □配偶 □子女 □亲友 □保姆 □护工 □医疗人员 □没有任何人 □其他： |
| 申请照护方式 | 1.定点医疗机构 □ 2. 定点养老服务机构或残疾人托养机构 □ 3.定点照护机构上门照护 □ 4.居家亲情照护 □ |
| 参保人银行账号 | 参保人社会保障卡（银行卡）开户银行： 银行卡号： . |
| 是否已享受其他护理补助或护理费用应由第三人支付 | 1. 是 □社会保险基金名称及护理费用金额： 政府发放的护理补助部门及金额：  第三人支付的护理费用金额：   | 如可享受其他社会保险基金或政府补助的护理费用，请选择其中一项待遇。 | 1.泰州市市区长期护理保险 □  2.重度残疾人护理补贴 □  3.其他社会保险基金或政府补助的护理费用 □ |
| 2. 否 □ |
| 申请人相关信息 | 姓 名 |  | 与评估对象关系 | □配偶 □子女 □其他亲属□雇佣照护者 □本人 □其他 |
| 联系电话 |  | 身份证号 |  |
| 联系地址 |  省 市 区/县 街道/乡 （村）  |
| **续表：长期护理失能等级自评表** |
| 项目 | 独立（2） | 部分独立（1）（需要帮助） | 依赖（0） | 选项 |
| a类 | 进食 | 独立无须帮助 | 部分独立自己能吃，但需辅助 | 不能独立完成部分或全部靠喂食或鼻饲 | □独立□部分独立□依赖 |
| 大小便控制 | 独立自己能够完全控制 | 部分独立偶尔失控 | 不能自控失控，需帮助处理大小便(如导尿、灌肠等) | □独立□部分独立□依赖 |
| 洗澡 | 独立，无须帮助自己能进出浴室(淋浴、盆浴)，独立洗澡 | 部分独立需帮助洗一部分(背部或腿) | 不能独立完成不能洗澡、或大部分需帮助洗 | □独立□部分独立□依赖 |
| b类 | 穿衣 | 独立，无须帮助能独立拿取衣服，穿上并扣好 | 部分独立能独立拿取衣服及穿上，需帮助系鞋带 | 不能独立完成完全不能穿，要靠他人拿衣穿衣或自己穿上部分 | □独立□部分独立□依赖 |
| 用厕 | 独立，无须帮助能独立用厕、便后拭净及整理衣裤(可用手杖、 助步器或轮椅，能处理尿壶、便盆) | 不能独立完成需要帮助用厕、做便后处理(清洁、整理衣裤)及处理尿壶、便盆 | 不能独立完成不能用厕 | □独立□部分独立□依赖 |
| 床椅转移 | 独立，无须帮助自己能下床，坐上及离开椅、凳(可用手杖或助步器) | 不能独立完成需帮助上、下床椅 | 不能独立完成卧床不起 | □独立□部分独立□依赖 |
| 综合 | 自评失能等级为: 级 |
| 说明 | 进食、大小便控制、洗澡为a类，穿衣、用厕、床椅转移为b类。 |
| A级:a类b类所有项目均独立； B级:a类1项或b类1-2项依赖；C级:a类b类各1项或b类3项依赖； D级:a类2项或a类1项b类2项依赖；**E级:**a类3项依赖或a类2项b类1-2项依赖或a类1项b类3项依赖；**F级:**a类3项b类1-2项依赖或a类2项b类3项依赖；**G级:**a类b类所有项目均依赖。 |
| 此表由评估对象或其监护人、代理人自行评估，当等级达到E级、F级、G级时方可申请长期护理失能等级评估。 |
| **承 诺：** 本申请表1、2两页填写内容和所提供材料均真实有效，且同意将评估结果在一定范围内公示。参保人享受长期护理保险待遇后如**失能状况好转或死亡**，将及时主动申报。如有提供虚假信息、材料或瞒报漏报的，愿意承担相应法律责任。如有其他社会保险基金或政府补助的护理费用待遇可以享受，自愿放弃其他待遇而选择长护保险待遇。参保人（代理人）签字： 年 月 日 |
| 受理事项 | 承办机构名称： 受理人员签字： 年 月 日 |

附件2

泰兴市长期护理保险待遇申请

受理通知书

先生/女士：

 您于年月日提交的关于（身份证号码：）的长期护理保险待遇申请收悉，经审查，符合泰兴市长期护理保险待遇申请受理政策的规定，现予以受理。

 请您注意以下事项：

1. 承办机构受理申请后，将于近期安排失能评估人员对参保人员进行失能评估。

2. 评估地点及联系方式以《泰兴市长期护理保险待遇申请表》填写内容为准。

3. 评估人员现场评估时，须有参保人员的协助评估人员（或代理人）在保障安全的前提下进行。

4. 出具《泰兴市长护保险失能评估结论通知书》后，承办机构将及时和参保人（代理人）联系确定领取的时间及途径。

5. 请保持参保人（代理人）通讯畅通！

 承办机构：

 （盖章）

 经办人：

 年 月 日

注：本表一式二份，参保人员和承办机构各一份。

附件3

泰兴市长期护理保险待遇申请

不予受理通知书

先生/女士：

 您于年月日提交的关于（身份证号码：）的长期护理保险待遇申请收悉，经审查，不符合泰兴市长期护理保险待遇申请受理的规定，现决定不予受理。

不予受理的原因为：

承办机构：

 （盖章）

 经办人：

 年 月 日

注：本表一式二份，参保人员和承办机构各一份。

附件4

**泰兴市长期护理失能等级评估表**

| 参保人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  | 参保地 |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 承办机构名称 |  | 失能评估地点 |  |
| 基本失能情况 |  |
| **表C1 日常生活活动能力评估表** |
| 序号 | 指标 | 分值 | 评估标准 | 得分 |
| 1 | 进食 | 0 | 较大或完全依赖，或有留置营养管 |  |
| 5 | 需部分帮助（夹菜、盛饭） |  |
| 10 | 自理（在合理时间内能独立使用餐具进食各种食物，可使用辅助工具独立完成进食，不包括做饭） |  |
| 2 | 穿衣 | 0 | 依赖他人 |  |
| 5 | 需要部分帮助（能自己穿脱衣服或假肢或矫形器，但需他人帮助整理衣物、系扣/鞋带、拉拉链等） |  |
| 10 | 自理（自己系开纽扣，关开拉链和穿鞋、袜、假肢或矫形器等） |  |
| 3 | 面部与口腔清洁 | 0 | 需要帮助 |  |
| 5 | 独立洗脸、梳头、刷牙、剃须（不包括准备洗脸水、梳子、牙刷等准备工作） |  |
| 4 | 大便控制 | 0 | 失禁（平均每周≥1次或完全不能控制大便排泄，需要完全依赖他人） |  |
| 5 | 偶有失禁（每周<1次），或需要他人提示或便秘需要人工帮助取便 |  |
| 10 | 能控制 |  |
| 5 | 小便 控制 | 0 | 失禁（平均每天≥1次或经常尿失禁，且完全需要他人帮忙完成排尿行为；或留置导尿管，但无法自行管理导尿管） |  |
| 5 | 偶有失禁（每24h<1次，但每周>1次），或需要他人提示） |  |
| 10 | 能控制（或留置导尿管，可自行管理导尿管） |  |
| 6 | 用厕 | 0 | 需要极大地帮助或完全依赖他人 |  |
| 5 | 需部分帮助（需他人帮忙整理衣裤、坐上/蹲上便器等） |  |
| 10 | 自理（能够使用厕纸、穿脱裤子等） |  |
| 7 | 平地 行走 | 0 | 卧床不起、不能步行、移动需要完全帮助 |  |
| 5 | 在较大程度上依赖他人搀扶（≥2人）或依赖他人帮助使用轮椅等辅助工具才能移动 |  |
| 10 | 需少量帮助（需1人搀扶或需他人在旁提示或在他人帮助下使用辅助工具） |  |
| 15 | 独立步行（自行使用辅助工具，在家及附近等日常生活活动范围内独立步行） |  |
| 8 | 床椅 转移 | 0 | 完全依赖他人，不能坐 |  |
| 5 | 需大量帮助（至少2人，身体帮助），能坐 |  |
| 10 | 需少量帮助（1人搀扶或使用拐杖等辅助工具或扶着墙、周围设施，转移时需他人在旁监护、提示） |  |
| 15 | 自理 |  |
| 9 | 上下楼 | 0 | 不能，或需极大帮助或完全依赖他人 |  |
| 5 | 需要部分帮助（需扶着楼梯、他人搀扶、使用拐杖或需他人在旁提示） |  |
| 10 | 独立上下楼（可借助电梯等，如果使用支具，需可独自完成穿、脱动作） |  |
| 10 | 洗澡 | 0 | 洗澡过程中需他人帮助 |  |
| 5 | 准备好洗澡水后，可自己独立完成 |  |
| 上述评估指标总分为100分，**本次评估得分为 分** |
| 评估人员（签章）： 1. 2.  |
| **备注：** 请严格对照国家医疗保障局制定的《长期护理保险失能等级评估操作指南（试行）》进行评估。 |

| **表C2 认知能力评估表** |
| --- |
| 序号 | 指标 | 分值 | 评估标准 | 得分 |
| 11 | 时间定向 | 0 | 无时间观念 |  |
| 1 | 时间观念很差，年、月、日不清楚，可知上午、下午或白天、夜间 |  |
| 2 | 时间观念较差，年、月、日不清楚，可知上半年或下半年或季节 |  |
| 3 | 时间观念有些下降，年、月、日（或星期几）不能全部分清 （相差两天或以上） |  |
| 4 | 时间观念（年、月）清楚，日期（或星期几）可相差一天 |  |
| 12 | 人物定向 | 0 | 不认识任何人（包括自己） |  |
| 1 | 只认识自己或极少数日常同住的亲人或照护者等 |  |
| 2 | 能认识一半日常同住的亲人或照护者等，能称呼或知道关系等 |  |
| 3 | 能认识大部分共同生活居住的人，能称呼或知道关系 |  |
| 4 | 认识长期共同一起生活的人，能称呼并知道关系 |  |
| 13 | 空间定向 | 0 | 不能单独外出，无空间观念 |  |
| 1 | 不能单独外出，少量知道自己居住或生活所在地的地址 |  |
| 2 | 不能单独外出，但知道较多有关自己日常生活的地址 |  |
| 3 | 不能单独外出，但能准确知道自己日常生活所在地的地址 |  |
| 4 | 能在日常生活范围内单独外出，如在日常居住小区内独自外出购物等 |  |
| 14 | 记忆力 | 0 | 完全不能回忆即时信息，并且完全不能对既往事物进行正确的回忆 |  |
| 1 | 对既往事物能有少部分正确的回忆，没有近期记忆 |  |
| 2 | 能回忆大部分既往事物，记住1个词语 |  |
| 3 | 能回忆大部分既往事物，记住2个词语 |  |
| 4 | 能够完整的回忆既往事物，记住3个词语 |  |
| 上述评估项目总分为16分，**本次评估得分为 分** |
| 评估人员（签章）：1. 2.  |
| **表C3 感知觉与沟通能力评估表** |
| 序号 | 指标 | 分值 | 评估标准 | 得分 |
| 15 | 视力 | 0 | 完全失明 |  |
| 1 | 只能看到光、颜色和形状（大致轮廓），眼睛可随物体移动 |  |
| 2 | 视力有限，看不清报纸大标题，但能辨认较大的物体 |  |
| 3 | 能看清楚大字体，但看不清书报上的标准字体，辨别小物体有一定困难 |  |
| 4 | 与日常生活能力相关的视力（如阅读书报、看电视等）基本正常 |  |
| 16 | 听力 | 0 | 完全失聪 |  |
| 1 | 讲话者大声说话或说话很慢，才能部分听见 |  |
| 2 | 正常交流有些困难，需在安静的环境大声说话才能听到 |  |
| 3 | 在轻声说话或说话距离超过2米时听不清 |  |
| 4 | 与日常生活习惯相关的听力基本正常（如能听到门铃、电视、电话等声音） |  |
| 17 | 沟通能力 | 0 | 完全不能理解他人的言语，也无法表达 |  |
| 1 | 不能完全理解他人的话，只能以简单的单词或手势表达大概意愿 |  |
| 2 | 勉强可与人交流，谈吐内容不清楚，需频繁重复或简化口头表达 |  |
| 3 | 能够表达自己的需要或理解他人的话，但需要增加时间或给予帮助 |  |
| 4 | 无困难，能与他人正常沟通和交流 |  |
| 上述评估项目总分为12分，**本次评估得分为 分** |
| 评估人员（签章）：1. 2.  |

附件5

泰兴市长期护理保险失能评估

走访调查报告

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 走访调查地点及时间 |  |
| 被走访人情况 |  |
| 走访调查情况 | 1.失能情况是否真实 □2.失能状态持续时间是否达到6个月以上 □3.是否已享受其他护理补助或护理费用应由第三人支付 □其他情况： |
| 获取的调查资料 |  |
| 调查报告 | 调查人员签字：年 月 日 |

**注意事项：**

1.走访过程中调查人员需主动出示工作证件。

2.在未征得被走访人同意的情况下，不得采集任何走访资料。

3.走访调查的情况、采集资料须妥善保存，被走访人的个人信息不得泄露。

附件6

泰兴市长期护理保险

失能评估结论通知书

先生/女士：

 您于年月日提交的关于（身份证号码：）的长期护理保险待遇申请，经评估确定

泰兴市长期护理保险重度失能标准。

若符合泰兴市长期护理保险重度失能标准，经公示无异议后可以享受长期护理保险相关待遇。具体享受方法如下：

1. 选择居家亲情照护方式自本通知书出具次日可直接享受待遇，亲情照护待遇费用在每个季度结束后的次月发放至参保人社会保障卡（银行卡）银行账号上。

2. 选择定点照护机构服务方式需凭本告知书和社会保障卡前往定点照护机构办理相关手续后方可享受待遇。

申请人对失能评估结论有异议的，可在收到评估结论之日起10个工作日内申请复评估。

 承办机构：

 （盖章）

 经办人：

 年 月 日

附件7

|  |
| --- |
| 泰兴市长期护理保险失能评估结论通知书送达回证 |
|  | 参保人 | 代理人 |
| 受送达人姓名及身份证号码 |  |  |
| 送达书名称 | 泰兴市长期护理保险失能评估结论通知书 |
| 收件人签字 |  |
| 送达时间 |  |
| 送达方式 |  |
| 备注 |  |

附件8

泰兴市长期护理保险失能

复评估申请表

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 住址 |  |
| 代理人姓名 |  | 代理人和参保人关系 |  |
| 联系电话 |  | 代理人身份证号 |  |
| 申请失能复评估地点 |  |
| 首次失能评估结论出具日期 |  |
| **承诺：参保人愿意接受泰州市长护保险失能复评估，同意将评定结果在一定范围内公示。当出现按规定须变更或停止照护保险待遇情形的，将及时予以申报。**参保人（代理人）签字： 年 月 日 |
| 受理事项 | 承办机构名称： 受理人员签字：  年 月 日 |

**注意事项：**

1. 复评估申请时间为自收到评估结论之日起10个工作日内。
2. 复评估结论为本次泰州市长期护理保险失能评估最终结论。
3. **需提供材料：**参保人的社会保障卡原件及复印件，代理人的居民身份证原件及正反面复印件，代理人为直系亲属、法定监护人的需提供与参保人员的关系证明，社区工作者及其他人员应提供社区或相关部门出具的有效证明并加盖公章。

附件9

泰兴市长期护理保险照护方式

变更申请表

 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 住址 |  |
| 代理人姓名 |  | 代理人和参保人关系 |  |
| 联系电话 |  | 代理人身份证号 |  |
| 原照护方式及照护机构 | 1.定点医疗机构□ 2. 定点养老服务机构或残疾人托养机构 □ 3.定点照护机构上门照护□ 4.居家亲情照护 □ 原照护机构名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 原照护方式开始时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 新照护方式及照护机构 | 1.定点医疗机构□ 2. 定点养老服务机构或残疾人托养机构 □ 3.定点照护机构上门照护□ 4.居家亲情照护 □ 新照护机构名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 新照护方式开始时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 居家亲情照护填写项 | 参保人社会保障卡（银行卡）开户银行：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 银行账号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 参保人（代理人）签字： 年 月 日 |
| 受理意见 | 受理机构名称： 受理人员签字：年 月 日 |

**注意事项：**

1. 参保人员需要变更照护服务方式或定点照护机构的，应先结清原照护服务费用。
2. 提交申请并通过审核，自办理变更手续次日起享受变更后的待遇。
3. **需提供材料：**参保人的社会保障卡原件及复印件，代理人的居民身份证原件及正反面复印件，代理人为直系亲属、法定监护人的需提供与参保人员的关系证明，社区工作者及其他人员应提供社区或相关部门出具的有效证明并加盖公章。

附件10

泰兴市长期护理保险

停止待遇登记表

 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  | 住址 |  |
| 代理人姓名 |  | 代理人和参保人关系 |  |
| 联系电话 |  | 代理人身份证号 |  |
| 停止待遇前照护方式 | 1.定点医疗机构 □ 2. 定点养老服务机构或残疾人托养机构 □ 3.定点照护机构上门照护 □ 4.居家亲情照护 □  |
| 停止待遇享受的原因 | 1. 死亡 □
2. 病情好转或伤病康复 □
3. 其它原因 □ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 停止时间 |  |
| 参保人（代理人）签字： 或定点照护机构盖章 年 月 日 |
| 受理意见 | 受理机构名称： 受理人员签字：年 月 日 |

**注意事项：**

1. 办理登记时需提供参保人社会保障卡复印件及死亡或病情好转或伤病康复等情况的相关证明材料。

2. 由代理人办理登记的，还需提供代理人的居民身份证原件及正反面复印件，代理人为直系亲属、法定监护人的需提供与参保人员的关系证明，社区工作者及其他人员应提供社区或相关部门出具的有效证明并加盖公章。

3. 由定点照护机构办理登记的，定点照护机构需先停止照护服务，办理退出定点照护机构手续，并通过长护保险信息系统进行登记。月底前将本表连同相关证明材料送承办机构审核存档。