

附件 1

长春市经济困难失能老年人等群体
集中照护服务申请审批表

姓名				性别		年龄	
身份证号							
户籍所在地							
享受低保所在地							
月养老 护理 补贴		月养老 服务 补贴		月残疾人 “两项补 贴”		当地 低保 标准	
银行卡号							
养 老 机 构	机构名称			家 庭 成 员	姓名	与老人关系	联系电话
	机构所在地						
	月收费标准						
	机构联系人						
	联系电话						
本人（代理人） 申请意见		本人自愿入住集中照护养老机构，入住时间已超过 30 天，现申请集中照护补助。 本人或代理人签字（手印） 年 月 日					
乡镇（街道） 审核意见		经审核，符合集中照护补助条件，每月发放补助金 元。 经办人：（公章） 审核人：年 月 日					
区级民政部门 审批意见		经认定，符合集中照护补助条件，每月发放补助金 元。 经办人：（公章） 审批人：年 月 日					

附件 2

_____区接收经济困难失能老年人等群体养老机构名单

序号	养老机构名称	地址	联系人	联系方式	收费标准（元）	备注
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

附件 3

经济困难失能老年人等群体 集中照护名单公示

现将本乡镇（街道）居民集中照护名单予以公示，公示期
xx 年 x 月 x 日 -xx 年 x 月 x 日（不少于 7 日）。如有异议，请向
乡镇（街道）举报，举报电话：。

序号	姓名	性别	年龄	入住时间	入住机构	备注
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

xx 乡镇（街道）

xx 年 x 月 x 日

附件 4

不予补助通知书

xxx，你提交的经济困难失能老年人等群体集中照护服务申请收到，经审查，不符合条件，不予补助。
特此通知。

xxx 乡镇（街道）

年 月 日

养老机构告知书

_____养老机构:

你单位为经济困难失能老年人等群体集中照护服务单位,按照国家、省、市相关政策,现向你单位告知应当履行的相关义务,请你单位积极履行。

1.发现服务对象经济、身体状况发生变化可能导致不再符合补助条件或者补助金额调整的情况,你单位应当及时向区民政局书面报告。

2.应当将经济困难失能老年人等群体入住和服务情况于入住后 15 日内录入全国养老服务信息系统,民政部门将利用信息化手段对养老机构服务质量和效果开展跟踪监测。

3.不得对收住的经济困难失能老年人等群体采取分灶吃饭、分区隔离等做法区别对待,不得影响现有集中供养特困人员的服务水平和质量。

养老机构(盖章)

年 月 日

服务对象告知书

XXX 服务对象：

根据相关政策，你已经享受经济困难失能老年人等群体集中照护服务待遇，现告知你当经济、身体状况发生变化可能导致不再符合补助条件或者引起补助金额调整的，本人或其代理人应当及时告知乡镇（街道）。

xx 本人签字（按手印）

xx 代理人签字（按手印）

年 月 日

附件 7

机构同意缓缴证明

按照集中照护服务标准，甲方每月应收乙方 XX 元。经双方协商一致，由乙方先缴纳 XX 元后即可入住接受服务。乙方经申请、审核符合集中照护服务条件的，待服务补助金发放后，补齐剩余费用。如不符合集中照护服务补助条件的，相关费用由乙方自行承担。

甲方：养老机构（盖章）

乙方：老年人或其代理人签字（手印）

XX 年 XX 月 XX 日