附件1

特困人员生活自理能力评估表（范本）

市 县（市、区） 乡镇（街道） 年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 | | |  | 身份  证号 |  |
| 户籍  地址 |  | | 居住  地址 |  | | | | 联系  电话 |  |
| 基本生活情况 | □集中供养 □分散供养 | | | | | | | | |
| 有监护人的：监护人姓名 ，与特困人员关系  有亲属照顾的：亲属姓名 ，与特困人员关系 | | | | | | | | |
| 健康  状况 | □良好 □一般 □一般疾病： □重病： | | | | | | | | |
| 残疾  情况 | □无 □一级 □二级  □三级 □四级 | | | | 残疾  类型 | □肢体 □智力 □精神  □视力 □听力 □语言 | | | |
| 自理  状况 | 吃 饭：□能 □否 穿衣：□能 □否  上 下 床：□能 □否 如厕：□能 □否  室内行走：□能 □否 洗澡：□能 □否 | | | | | | | | |
| 老年人能力评估情况 | □无 □能力完好 □轻度失能 □中度失能 □重度失能 | | | | | | | | |
| 评估  意见 | □失能（4-6项为否或重度失能）  □半失能（1-3项为否或轻度、中度失能）  □全自理（0项为否或能力完好）  其他说明： | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 特困人员意见 | **本人承诺以上情况属实，如有虚报、隐瞒、伪造、骗取国家特困供养资金的情况，愿意承担相关责任。**  **特困人员签名（手印）：**  **年 月 日** |
| 镇街评估小组审核意见 | 小组成员签名：  年 月 日 |
| 县级评估小组审批意见 | 小组成员签名：  年 月 日 |