

附件 1

城市特困人员集中供养申请书

_____街道办事处（乡镇人民政府）：

本人：_____, 身份证号：_____,
特困人员救助供养证号：_____, 家庭住址：_____, 户籍地：_____。
因_____, 特申请集中供养。

申请人（签字并按手印）：

年 月 日

备注：本申请表一式四份，乡镇（街道）、区县（市）民政局、养老服务
服务和老年人福利处、市社会福利院各一份。

附件2

城市特困人员入住市社会福利院审批表

姓名		性别		出生年月		一寸免冠 彩色照片
婚姻状况		身份证号				
户籍地址						
现住址						
特困人员供养证号						
身体健康状况		传染病（有、无）		精神病（有、无）		
生活自理状况		全自理（ ）		半自理（ ）		全护理（ ）
申请人简历						
街道（乡镇）意见						
	主管领导				日期	
	办理人				电话	

区、县 (市)民 政局审 批意见					
	主管领导		日期		
	办理人		电话		
养老服务 和老年人 福利处审 批意见					
	处长		日期		
	办理人		电话		
财产及 贵重物 品登记					
申请人亲属姓名				与养员关系	
工作单位					
常住地址				联系电话	

备注:本审批表一式四份,乡镇(街道)、区县(市)民政局、养老服务和老年人福利处、市社会福利院各一份。

附件3

成年孤儿入住市社会福利院审批表

姓名		性别		出生年月		一寸免冠 彩色照片
残疾类型及级别		残疾证号				
身份证号						
现住址						
申请人 简历						
沈阳市 儿童福利 院意见						
	主管领导				日期	
	办理人				电话	
慈善 社工 儿童福 利处意 见						
	处长				日期	
	经办人				电话	
养老 服务和 老年人 福利处 意见						
	处长				日期	
	经办人				电话	

备注:本审批表一式四份,市儿童福利院、慈善社工儿童福利处、养老服务和老年人福利处、市社会福利院各一份。

附件 4

生活自理和劳动就业能力评估标准

一、具备独立生活能力

1. 具备基本的自我照顾能力（包括独立完成煮食、搭乘交通工具、使用手机、具备基本安全意识等）；
2. 具备基本的理财能力；
3. 具备基本的社会交际能力（包括顺利与人沟通交流、较好处理人际矛盾等）。

二、具备劳动就业能力

1. 具备基本的工作能力（包括能清楚及执行指令、具备一定的动手能力、能进行逻辑思考等）；
2. 具备基本的电脑操作能力；
3. 具备基本的问题解决能力；
4. 具备基本的情绪管理能力；
5. 具备听、说、读、写能力。

附件5

生活自理和劳动就业能力评估表

姓名		性别		年龄	
出生日期		学历		评估日期	
身份证号				残疾证号	
个人现陈述	问询人签字：				
医疗评估陈述	医生签字：				
康复评估陈述	康复师签字：				
心理评估陈述	心理咨询师签字：				
特教评估陈述	特教教师签字：				
评估小组意见					
评估小组成员签字：					

备注：本评估表一式三份，市儿童福利院、慈善社工儿童福利处、市社会福利院各一份。

附件6

参照特困人员救助供养成年孤儿
入住市社会福利院审批表

姓名		性别		出生年月		一寸免冠 彩色照片
残疾类型 及级别		残疾证号				
身份证号						
现住址						
申请人 简历						
沈阳市 儿童福 利院 意见						
	主管领导				日期	
	办理人				电话	
慈善 社工 儿童 处 意见						
	处长				日期	
	经办人				电话	

备注:本审批表一式三份,市儿童福利院、慈善社工儿童福利处、市社会福利院各一份

附件7

长期滞留流浪乞讨人员安置审批表

年 月 日

姓名		站内名		性别		一寸免冠 彩色照片
出生日期		身高		体重		
来站时间						
来站方式	☐ 自行来站 ☐ 公安护送 ☐ 城管护送 ☐ 救助站主动救助 ☐ 其他人员护送					
身体状况	☐ 基本健康 ☐ 肢体残疾 ☐ 智力残疾 ☐ 疑似精神障碍 ☐ 听力语言障碍					
救助 情况 简介						
市民政事务服务与行政执法中心： （签章）				市民政局：（签章）		
经办人： 年 月 日				经办人： 年 月 日		

备注:本审批表一式四份,市救助管理站、市民政事务服务与行政执法中心、社会事务处、市社会福利院各一份。

附件8

长期滞留流浪乞讨人员落户申请表

年 月 日

姓名		站内名		性别		
出生日期		身高		体重		
来站时间						
安置单位			落户地址			
来站方式	☐ 自行来站 ☐ 公安护送 ☐ 城管护送 ☐ 救助站主动救助 ☐ 其他人员护送					
身体状况	☐ 基本健康 ☐ 肢体残疾 ☐ 智力残疾 ☐ 疑似精神障碍 ☐ 听力语言障碍					
身份查询工作情况					查询结果	
是否推送至 全国救助寻亲网	☐ 是 ☐ 否					无
是否发布寻亲告示	☐ 是 ☐ 否					无
是否进行人像识别	☐ 是 ☐ 否					无
是否采集比对DNA	☐ 是 ☐ 否					无
是否比对网逃 及前科劣迹	☐ 是 ☐ 否					无
特殊情况备注						
救助管理机构：（签章） 经办人： 年 月 日				社会福利机构：（签章） 经办人： 年 月 日		

备注：本审批表一式二份，市救助管理站、市社会福利院各一份。

附件9

特殊群体生活自理状况（照料护理档次） 评估表

_____年 _____月

姓名		性别		年龄	
户籍地址			居住地址		
身份证号			联系电话		
生活自理状况	自主吃饭	☐ 可以 ☐ 不可以	自主如厕	☐ 可以 ☐ 不可以	
	自主穿衣	☐ 可以 ☐ 不可以	室内自主行走	☐ 可以 ☐ 不可以	
	自主上下床	☐ 可以 ☐ 不可以	自主洗澡	☐ 可以 ☐ 不可以	
评估意见			评估标准：6项指标全部达到的，可视为具备生活自理能力，为全自理；有3项以下（含3项）不能达到的，可视为部分丧失生活自理能力，为半自理；有4项以上（含4项）不能达到的，可视为完全丧失生活自理能力，为全护理。		
第三方医院生活自理能力评估小组成员签字					
第三方医院评估意见	（盖 章） 年 月 日				
沈阳市社会福利院生活自理能力认定小组成员签字					
沈阳市社会福利院审核意见	签字（盖章） 年 月 日				

备注：此评估表一式二份，第三方医院，市社会福利院各一份。