

附件 1

厦门市同安区特困人员集中供养申请表

姓名		性别		出生年月	
身份证号				护理等级	
户籍所在地					
监护人姓名		关系		联系电话	
申请人或监护人意见	☐ 本人为特困人员，自愿由政府相关部门根据相关政策安排集中供养。 ☐ 本人与_____是_____关系，作为监护人，我同意其由政府相关部门根据相关政策安排集中供养。 (签名及手印): 年 月 日				
户籍地村(居)意见	审核人(盖章): 年 月 日				
户籍地镇(街)意见	审核人(盖章): 年 月 日				
供养机构意见	经初步审核特困人员身体状况，符合安排集中供养条件。 审核人(盖章): 年 月 日				
医院体检情况					
区民政局意见	审核人(盖章): 年 月 日				

附件 2

厦门市同安区特困人员集中供养服务协议书 (参考模板)

为做好我区特困人员集中供养工作,根据《中华人民共和国民法典》、《中华人民共和国老年人权益保障法》、《中华人民共和国精神卫生法》、《老年人社会福利机构基本规范》等法律法规和规章的规定,经当事人友好协商,遵循平等、自愿和诚实信用的原则,签订本合同。

当事人的姓名(名称)、地址、身份证明、联系方式

甲方(供养机构): _____

住所地: _____

法定代表人: _____,

单位联系人: _____, 联系电话: _____。

乙方姓名(特困人员): _____, 性别: _____, 年龄: _____岁,

家庭住址: _____

身份证号码: _____, 联系电话: _____。

乙方监护人(姓名): _____, 与乙方关系: _____, 联系电话: _____。

丙方(乙方户籍地镇、街): _____

住所地: _____

法定代表人: _____,

单位联系人: _____, 联系电话: _____。

丁方(区民政局): _____

住所地: _____

法定代表人: _____

单位联系人: _____, 联系电话: _____

服务内容和方式

(一) 内容：甲方提供与资质等级相应的住宿条件及康复活动、文化体育活动等配套服务设施，提供符合食品卫生标准的膳食，提供生活照料相应等级（全自理、半自理、全护理）的护理服务，提供乙方供养期间发生伤病先行送医救治的义务。

(二) 方式：甲方实行全托服务。

费用标准和支付方式

(一) 费用标准

经甲、丁双方评估小组评估后确定乙方为_____护理对象，乙方对甲方所确定的护理等级表示认可。甲方安排乙方入住_____，丁方须按月向甲方支付如下费用（其他同类各级补助不可重复申请）：

1. 基本生活费：_____元/人月；（按照市级特困人员标准）

2. 照料护理费：_____元/人月（具体标准：全自理 600 元/人月、半护理 1400 元/人月、全护理 2200 元/人月。如若患者因躯体疾病到综合医院治疗需要聘请护工护理，由甲方负责雇请，并签订《同安区特困供养人员住院期间照料护理协议书》，所需护理费由丁方结算。

3. 服装费 100 元/人月，统筹用于购买患服费（包括内衣内裤）和洗涤消毒费；

4. 小额门诊费 100 元/人月，统筹用于患者因躯体疾病需请综合医院会诊的费用和需到院外购药的费用；

5. 零用金 100 元/人月；

6. 其他可能产生的费用。

甲方根据乙方身体健康状况调整护理等级的，应将确定调整后的护理等级在 24 小时内告知丁方，并由丁方签名确认。乙（丁）方对调整后的护理等级有异议的，应在收到通知之日起 7 日内向甲方书面提出，否则视为同意，甲方执行新的护理等级收费标准并签署书面补充协议。

(二) 支付方式

丁方在收到甲方发票后应通过转账方式及时缴交费用。甲方为乙方垫付的超出小额门诊费之外的医疗费用，按实际发生额收取。

服务期限和地点

(一) 服务期限：自____年__月__日起至____年__月__日止；

(二) 服务地点：_____

各方的权利义务

(一) 甲方的权利和义务

1. 认真执行《老年人社会福利机构基本规范》或《中华人民共和国精神卫生法》等有关规定，制定完善的管理制度和服务流程，遵守服务规范，信守服务承诺。

2. 根据相关法律法规和合同约定，为乙方提供符合服务质量标准的住宿、膳食、护理、康复和文化体育活动等养老服务项目；确保养老服务场所、设施符合行业标准规定和正常运行，保障乙方拥有安全、健康和舒适的生活环境。

3. 根据实际情况，配备符合比例要求的有资质的各类服务人员。并根据约定为全自理、半自理、全护理对象提供服务。

4. 尊重乙方，保障乙方的人格尊严和人身、财产安全。

5. 甲方应经常组织供养对象进行情感交流和社会交往，处理好供养对象之间的关系，帮助供养对象树立健康向上的价值观。

6. 供养对象突发疾病，甲方应在2小时内通知丙方和丁方，说明病情，情况紧急的，应先行送医抢救，并承担因疾病治疗发生的小额门诊费用。通知方式可以是书面、口头、电话、短信，甲方可以对通知进行录音、存档。甲方先行承担的，甲方有权向丁方或者乙方、乙方监护人或者其联系亲属追偿。

7. 在甲方的服务区域内乙方发生人身损害，属于责任保险范围的，相关各方应相互配合办理保险理赔手续；不属于责任保险范围的，由甲方自行妥善处理。

8. 甲方应与丙方和丁方保持联络，定期向丙方和丁方通报乙方供养情况，特殊情况应及时通报。

9. 乙方在供养期间出现去世时,甲方应及时通知丙方和丁方(乙方如有监护人的亦应向其反馈),共同办理丧葬等相关事宜(若乙方监护人提出自行办理的,则由监护人办理)。

(二) 乙方的权利和义务

1. 乙方有接受甲方提供的住宿、膳食及与所定等级相应的护理服务的权利,并有权就甲方及工作人员的服务质量和服务态度提出批评、建议。

2. 乙方在入住前应如实向甲方反映自身情况,如脾气秉性、既往病史等,入住后要自觉遵守甲方的各项规章制度,讲究卫生、爱护公物、和睦相处,服从甲方管理;严禁在禁止吸烟区内吸烟或燃烧其他危险物品,未经甲方同意,严禁携带电炉、电饭煲等电器入院。

3. 乙方应在入住前接受评估确定等级护理。

4. 乙方在供养期间,身体不适时,应主动向甲方工作人员陈述并提出治疗,甲方应根据诊疗规范进行诊治,若乙方躯体疾病超出甲方治疗能力范围的,甲方应及时安排乙方送综合医院治疗。

5. 乙方在供养期间外出应按甲方的规章制度办理相应外出手续,外出陪同人员应是甲方指定或认可的人。

6. 根据甲方的要求,携带必备的生活用品。

7. 乙方携带的贵重物品必须自行妥善保管或委托甲方代管、办理寄存手续。

8. 乙方有权查阅、复制甲方为其建立的个人档案。

9. 乙方或乙方的监护人授权丙方在乙方或者乙方监护人无法及时履行职责的情况下,代其履行监护职责。

(三) 丙方的权利和义务

1. 对乙方的身体健康和享受服务的情况等有知情权;有权了解、查阅复制乙方在甲方的档案资料。

2. 经乙方同意,在乙方的权益受到损害时有权代理乙方向甲方主张权利。

3. 丙方应及时协助甲方处理乙方出现的紧急情况(包括但不限于住院、死亡等),若乙方监护人无法及时到达,丙方应履行乙方监护人授权的职责。

4. 本合同解除与终止时,无条件接纳乙方出院的责任。

（四）丁方的权利和义务

1. 对乙方的身体健康和享受服务的情况等有知情权；有权了解、查阅复制乙方在甲方的档案资料。

2. 丁方应按时缴纳乙方的供养、医疗等费用，遇特殊情况需推迟缴纳的，应事先告知甲方并得到许可；乙方在供养期间因病或正常死亡的，丁方应负责办理相关丧葬事宜。

3. 丁方应关心乙方，经常探望，了解掌握供养状况等。

4. 丁方应及时协助甲方处理乙方出现的紧急情况。

其他约定事项

（一）合同期内如遇上级主管部门对供养标准作调整等情况，丁方应按调整后的价格支付各项应交费用。丁方除承担本合同“各方的权利义务”第（四）项约定的义务外，不再承担其他义务。

（二）乙方在供养期间因自伤、自残、自杀行为或违反规定外出出现走失或造成其他人身伤亡事故的，若甲方已尽到管理责任和注意义务的，甲方不承担责任，由乙方自行承担。

（三）乙方在供养期间因不可抗力或非因甲方原因造成的人身和财产损失，甲方不承担责任。

（四）乙方在供养期间，造成甲方场所内财物破坏的，甲方有权向丁方或者乙方、乙方监护人或者其联系亲属追偿。

合同的解除和终止

（一）各方协商一致可以解除合同。

（二）出现以下情况，甲方可以解除合同：

1. 甲方认为乙方的病情发展超出了甲方的护理能力；
2. 乙方有过度暴力、自残、盗窃、诈骗倾向或其他严重不良嗜好；
3. 乙方涉嫌刑事犯罪，损害社会公共利益；
4. 乙方不遵守甲方规章，对甲方工作产生严重干扰；

（三）甲方严重违反本合同中的甲方义务，其他各方均可提出解除合同。

（四）任何一方解除合同，须至少提前 15 天书面通知对方。

(五) 合同到期或供养对象去世, 合同终止。

(六) 合同因前述原因解除或终止, 甲方应按规定退还尚未发生但已经预交的费用。乙方如因其他原因解除合同, 已交费用不予退还。

争议解决方式

各方在履行本合同过程中发生纠纷时, 由当事人协商解决。协商不成的, 依法向甲方所在地的人民法院起诉。在协商和诉讼期间, 各方仍需履行本协议。

附则

(一) 本合同一式四份, 甲乙丙丁各执一份, 具有同等效力。

(二) 本合同未尽事宜, 可由各方另行协商签订补充协议, 补充协议与本合同具有同等法律效力。

甲方代表签字: (盖章) 联系电话:

乙方签字: 联系电话:

(无行为能力由法定赡养人、监护人或单位代签并注明)

丙方代表签字: (盖章) 联系电话:

丁方代表签字: (盖章) 联系电话:

签订日期: _____年____月____日

备注:

- ① 全自理对象: 日常生活行为完全自理, 不依赖他人护理的对象;
- ② 半护理对象: 日常生活行为依赖扶手、拐杖、轮椅和升降等设施帮助的对象;
- ③ 全护理对象: 日常生活行为依赖他人护理的对象。

附件 3

经济困难失能人员集中照护服务救助审批表

对象姓名				性 别	
身份证号码					
户籍地址					
实际居住地址					
家庭主要联系人 1			联系电话		
家庭主要联系人 2			联系电话		
本人(监护人)申请意见	本人自愿入住集中照护服务供养机构, 入住时间已超过 30 天, 现向民政部门申请集中照护服务补助。 本人或监护人签字(手印): _____ 年 月 日				
入 住 供 养 机 构 意 见	入住机构名称			实际入住时间	
	机构月实际收费 (元)			是否入住供养 机构满 30 日	☐ 是 ☐ 否
	本机构同意接收该对象入住, 并签订了入住协议。该对象实际入住本机构已满 30 日(附相关佐证材料)。 负责人(签字): _____ 供养机构(盖章) _____ 年 月 日				
镇(街) 意见	经核实: 该对象享受最低生活保障标准____元/月(经办人员签字: _____); 困难残疾人生活补贴____元/月(经办人员签字: _____); 重度残疾人护理补贴____元/月(经办人员签字: _____); 老年人护理补贴____元/月(经办人员签字: _____); 养老服务补贴____元/月。累计享受行政给付合计____元/月(科室负责人签字: _____)。 镇(街)审核人: _____ 镇(街)盖章 _____ 年 月 日				
能力评估 情况	①经评估, 该老年人能力评估等级为: ☐ 中度失能 ☐ 重度失能 ☐ 完全失能 评估人员签字: _____ ② ☐ 高龄老年人(80 周岁及以上老年人) ③ ☐ 重度残疾人(残疾类别: _____ 残疾等级: ____级)				
区民政局 审批 意见	经审核, 同意该对象救助申请, 从申请当月(____年____月)起算, 给予补差救助____元/月。 经办人(签字): _____ 审核人(签字): _____ 审批人(签字): _____ 盖章 _____ 年 月 日				

附件 4

经济困难失能人员集中照护服务救助复核表 (XX 机构)

镇(街)	村(居)	姓名	性别	出生年月	身份类别	申请补助起止时间	供养实际费用(元)	最低生活保障标准(元)	残疾人“两项”补贴(元)	老年人护理补贴(元)	养老服务补贴(元)	政府需补差金额(元)
合 计												

机构审核签字盖章:

镇(街)审核签字盖章:

