附件1中区直驻邕单位长期护理保险失能评估申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 身份证号码 |  |
| 申请人地址 |  | 联系电话 |  |
| 代理人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 代理人与申请人关系 | □配偶 □子女 □父母 □其他亲属 □雇佣照顾者 □其他（具体为： ） |
| 失能评估结论书送达方式 | □ 现场领取 □ EMS邮寄，邮寄地址： （省） （市） （区/县) 街道 （详细地址）收件人姓名： 联系方式：  |
| 申办类别 | □机构上门护理 □入住机构护理 □异地居住护理 |
| 失能状态持续时间 | □6个月以上 □6个月以下 |
| 病 种 |  |
| 主要病情诊断及治疗情况： |
| 温馨提示：根据中区直驻邕单位长期护理保险有关规定，自治区医保中心会组织评估人员对申请人失能情况进行现场评估，相关工作人员将会上门查看患者病历资料、询问病情、查体、录音、录像等，申请人及家属应给予积极配合，对不予配合的，将不予核准或终止护理保险待遇。申请人：本人已认真阅读上述内容。理解并愿意配合做好上述工作。 申请人或代理人签字：年 月 日 |