

附件 1

同安区特困供养人员生活能力状况评估表

姓名				身份证号	
性别		年龄		家庭地址	
序号	项目	自主完成情况 (是、否)		备注	
1	吃饭				
2	穿衣				
3	上下床				
4	如厕				
5	室内行走				
6	洗澡能力				

经过评估，该特困人员有_____项能自主完成，认定为_____（全自理、半护理、全护理）。

评估小组成员签字：

年 月 日

经审核，同意评估小组意见。

经办人：

负责人：

(盖章)

年 月 日

备注：1. 6 项都能自主完成的，可认定为具备生活自理能力（全自理）；有 1-3 项不能自主完成的，可认定为部分丧失生活自理能力（半护理）；有 4 项及以上不能自主完成的，可认定为完全丧失生活自理能力（全护理）；

2. 评估小组成员由镇（街）、村（居）工作人员担任，人数不少于 3 人。

附件 2

厦门市同安区特困供养人员照料护理协议书

甲方：_____（特困供养人员）； 丙方：_____（照料护理人员）

乙方：_____镇（街）

根据省市文件规定，结合甲方因各种原因不宜集中供养的实际情况，在平等自愿的基础上，根据甲、乙、丙三方协商，特签订此协议，明确甲、乙、丙的权利和义务。

一、甲方的权利和义务

1. 甲方（护理等级为：_____）自愿由丙方照料护理。

2. 甲方供养经费（基本生活费+照料护理费）的领取和分配方式如下第____种方式确定。签订本协议时，各镇（街）请根据甲方护理等级情况确定其中一种：

①甲方生活能自理的，供养经费由甲方领取，根据照料护理的实际情况，协商分配使用照料护理经费。

②甲方部分丧失生活自理能力，需半护理的，基本生活费打入甲方账上由甲方领取，特困人员照料护理费由护理人领取。

③甲方完全丧失生活自理能力，需全护理的，基本生活费打入甲方账上由护理人代领取，特困人员照料护理费由护理人领取。

3. 甲方经营看护的山林、耕种的土地和自有家庭财产等可委托丙方负责管理，所得收益作为甲方的生活补贴。具体委托范围和方式由甲方与丙方另行协议并经乙方确认后执行。

二、乙方的权利和义务

1. 乙方有权对丙方所领取的甲方的基本生活费及照料护理费的使用情况进行监督，确保甲方能得到相应的照料护理，丙方应主动接受监督。丙方如护理履行监护工作不到位，经乙方查实，有权酌情扣除部分或者全部的护理费用，并有权解除本协议，变更甲方的护理人员。

2. 当甲方健康状况发生变化，丙方应及时向乙方报告，由乙方派员鉴定后更改护理级别及供养标准。

3. 若丙方有损害乙方合法权益的行为，乙方有权终止协议并保留进一步追究丙方法律责任的权利。

4. 若丙方因各种原因未能履行协议内容，乙方需根据实际情况指定其他亲属或者村居委会履行丙方的权利和义务，保障甲方的合法权益，并结合实际情况终止丙方的权利和义务。

三、丙方的权利和义务

1. 丙方必须保障甲方被照料护理期间衣、食、住、医、葬等方面基本生活，其生活标准不低于当地村民一般生活水平，并保证甲方发病时及时就医治疗及入院期间的安全陪护，除为了甲方利益外，不得未经甲方同意擅自处分甲方的财产，确因为了甲方利益而处分甲方财产时，应征得甲方或者乙方书面同意。

2. 丙方应保护甲方在分散供养期间的人身和财产安全，如因丙方未履行监护职责导致甲方发生人身伤害或者财产损失的，丙方应承担法律责任。

3. 甲方因病住院，由丙方全权负责陪护工作，对于全自理、半护理、全护理人员，住院期间增加的照料护理费用每天分别按照本市最低工资标准的 7%、10%、13% 确定，经乙方核实后，方可向民政部门申请。其中半护理需要保障甲方住院期间的基本生活，全护理需要对甲方进行 24 小时陪护。

4. 甲方身故后，由丙方全权负责办理甲方丧葬事宜，乙方负责监督。丙方完成丧葬事宜后，经乙方核实，方可向民政部门申请特困人员丧葬补助费。

5. 丙方应积极配合乙方开展服务质量评价等工作。丙方无权向第三方机构、组织或个人转移对甲方的照料护理服务。

6. 丙方欲终止协议，必须提前 60 日向乙方通报。遇不可抗力造成无法履行协议的应及时向乙方通报。

四、其他

1. 在本协议履行过程中若发生争议，三方协商解决，协商不成的任何一方可向协议履行地人民法院提起诉讼。

2. 甲、乙、丙三方在协议期间，如对协议理解存在差异，协议的解释权归乙方。

3. 协议未尽事宜，三方可签订补充协议。补充协议经双方签字盖章后生效，与本协议具有同等法律效力。

4. 当甲方经审核不符合特困人员供养条件的或已故的，本协议自行解除。

5. 本协议经甲乙丙三方签字盖章后生效。本协议一式四份，甲乙丙各执一份，区民政局存档一份。

甲方（签字和指模）:

丙方（签字和指模）:

乙方（签字和盖章）:

年 月 日

附件 3

同安区特困供养人员 住院期间照料护理费用补贴申请审批表

特困供养 人员	姓名		性别		联系电话	
	身份证号				家庭地址	
	生活自理能力情况（住院前）					
	生活自理能力情况（住院期间）					
	住院起始时间		年 月 日至 年 月 日(共 天)			
照料护理 人员	姓名			联系电话		
	与特困供养人员关系					
	银行卡（账）号					
	开户行					
镇（街） 审核意见	经调查，_____因_____在_____治疗，共住院 天。住院期间系_____照料护理。 经办：_____ 审核：_____ 领导（盖章）： 年 月 日					
区民政 部门审批 意见	经审核，决定给予_____照料护理补贴共计 ____万____仟____佰____拾____元____角____分（_____元）。 经办：_____ 审核：_____ 审批（盖章）： 年 月 日					

附件 4

同安区特困供养人员死亡一次性补助费申请审批表

姓名		性别		出生年月		死亡时间	
家属姓名				与对象关系			
联系电话			家庭住址				
银行卡（账）号				开户行			
镇（街） 审核意见：	上述情况属实，同意上报申请死亡一次性补助。 经办： 审核： 领导（盖章）： 年 月 日						
民政局 审批意见：	经核实，决定给予____个月的一次性补助费，共计__万__仟佰__拾__元整（_____元）。 经办： 审核： 审批（盖章）： 年 月 日						

注：特困供养人员死亡一次性补助费由区民政局财政核拨。

