

# 福州市鼓楼区民政局文件

鼓民〔2020〕120号

---

## 关于进一步规范政府购买居家养老 电子服务卡发放工作的通知

各街道办事处、洪山镇人民政府：

为探索养老服务集成改革试点，推动我区养老服务高质量发展，进一步规范政府购买居家养老电子服务卡发放工作，现将有关事项通知如下：

### 一、服务对象及补助标准

服务对象为鼓楼户籍且常住在鼓楼的老人，具体分为四类：

一类是：80周岁及以上老人，每人每月定额发放30元；

二类是：60周岁及以上的重点优抚、重度残疾、省级以上劳模（含），这三种对象每人每月定额发放200元；

三类：个人月收入1800元（含）及以下且60周岁以上的省级以上劳模（含）、重点优抚、重度残疾、低保、孤寡、独居、

空巢、与重残子女同住老人（以户口簿人均月收入计算），每人每月发放 200-400 元；

四类：计划生育特殊家庭中的完全失能老人，每人每月 400 元。

根据《福州市完全失能老年人护理补贴业务管理办法》（见附件 2），以上对象中的最低生活保障对象和计划生育特殊家庭中的完全失能老年人填写《低保、计生特殊家庭完全失能老年人护理补贴申请表》（以下简称“申请表”），申请完全失能老年人护理补贴。其余对象填写《评估表》进行申请。老人若同属两种以上类形的，则就高其中一种标准享受政府购买居家养老服务补贴。

## 二、申请材料

电子服务卡按照自愿申请为原则，老人或亲属到其户口所在社区申请，填写《评估表》或《申请表》，并提交其它材料，申请人应在复印件上签字，社区当场核实并退还原件。各类对象需要提交的材料如下：

一类对象：《评估表》、老人身份证、户口本首页及个人页复印件各一式两份，街镇和社区分别保管一份；

二类对象：除一类对象应提供的材料外，还需提供劳模、重点优抚、重度残疾相关证明材料复印件各一式两份，街镇和社区分别保管一份；

三类对象：除第二类对象应提供的材料外，第三类对象填写评估表进行评估计算（个位数采取四舍五入计算）、提供申请时前三个月的退休金对账单或社保公司无收入证明等可证明现有收入情况的相关材料，低保对象提供低保证复印件，以上材料各一式两份，街镇和社区分别保管一份。若申请人为低保且符合完全失能老年人护理补贴申请条件，可按照《福州市完全

失能老年人护理补贴业务管理办法》进行申请。

四类对象：按照《福州市完全失能老年人护理补贴业务管理办法》相关规定申请。

### 三、审批流程

1. 若老人提交《评估表》进行申请，则老人在社区提出申请，由社区审核纸质材料后拍照上传至养老服务平台、再由街镇在平台提交审批。街镇、社区的经办及负责人均应在各种审批材料上签字并加盖单位公章。街镇为居家养老电子服务卡申领的最终审批责任单位。街镇只需将电子服务卡申请报告和老年人花名册签字盖章报送区民政局居家养老办领取电子服务卡。

2. 若老人符合《福州市完全失能老年人护理补贴业务管理办法》，则街镇社区应指导老人提交《申请表》，按文件规定的个人申请、社区居入户评估、街镇初审、区民政局审批流程开展工作。

### 四、电子服务卡制作与发放

（一）电子服务卡的制作。区民政局负责服务卡制作。

（二）电子服务卡的发放。

1. 一类服务对象（80周岁及以上老人），标准为每人每月30元，每年发放一次。

2. 二类、三类、四类服务对象每半年复核一次，一年发放两次。新增的一类、二类、三类、四类人员当月申请次月发放每月发放之前要对发放对象的条件进行认真审核把关。街镇、社区领、发卡时，领导、经办要在领取和发放表上签字并盖单位公章，做到手续完备，留档备查。

### 五、服务卡使用服务流程、内容及要求

（一）电子服务卡的使用流程

鼓楼老人拨打各自街道服务商电话进行预约——服务商对

## 附件 1

政府购买居家养老电子服务卡申请评估表

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                       |                                |         |      |         |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|---------|------|---------|
| 街（镇）                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 社区                                             |                                       | 填表日期                           |         | 评估编号 |         |
| 姓名                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 性别                                             |                                       | 年龄                             |         | 联系电话 |         |
| 身份证                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                       |                                |         | 一寸照片 |         |
| 居住地址                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                       |                                |         |      |         |
| 户籍所在地                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                       |                                |         |      |         |
| 老人类别                   | A. 收入：人均>1800 元 <input type="checkbox"/> 人均≤1800 <input type="checkbox"/><br>B. 身份类型：孤寡 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 空巢 <input type="checkbox"/> 与残疾子女同住 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘 <input type="checkbox"/> 特困 <input type="checkbox"/> 重点优抚 <input type="checkbox"/> 重度残疾 <input type="checkbox"/> 省级以上劳模 <input type="checkbox"/> |                                                |                                       |                                |         |      |         |
| 预申请居家养老服务项目            | 助洁 <input type="checkbox"/> 助浴 <input type="checkbox"/> 助行 <input type="checkbox"/> 助急 <input type="checkbox"/> 助医 <input type="checkbox"/> 助餐 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                     |                                                |                                       |                                |         |      |         |
| 自理能力评估（140 分/元）        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                |                                       |                                |         |      |         |
| 评估事项/程度等级              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 轻度依赖                                           | 中度依赖                                  | 重度依赖                           | 社区评分（元） |      | 街镇评分（元） |
| (1) 手、手臂等<br>上肢（25 分）  | 能控制上肢，独立生活。（0 分）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 能完成个人基础生活动作，但无法完成清洁等复杂动作，需短期协助。（10 分）          | 能完成吃饭、穿衣等简单生活动作，但无法长期独立，需要定期协助。（15 分） | 完全无法自主控制，需人长期代理。（25 分）         |         |      |         |
| (2) 脚、大小腿<br>等下肢（25 分） | 能控制下肢，独立生活。（0 分）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 能完成个人基础生活动作，但无法完成复杂动作，需短期协助。（10 分）             | 能完成移动等简单生活动作，但无法长期独立，需要协助。（15 分）      | 完全无法自主控制，需人长期代理。（25 分）         |         |      |         |
| (3) 躯干弯曲程度（25 分）       | 脊背正常，无受损，能保持挺立等。（0 分）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 脊背无较大损伤，能保持正常挺立，无需借助助力工具，但无法长时间站立，无法拎重物。（10 分） | 脊背弯曲明显，需要拐杖助力工具，无法长时间站立。（15 分）        | 脊背严重受损，无法直立，只能卧床。（25 分）        |         |      |         |
| (4) 意识水平（20 分）         | 能与他人进行正常对话，正常沟通。（0 分）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 清晰识别外界，能与人进行正常沟通对话，但无法进行长时间交流。（5 分）            | 模糊识别外界，能与人进行短时间交流，但大部分时间无法保持清醒。（10 分） | 无法识别外界，无法与人进行交流，长时间无法清醒。（20 分） |         |      |         |

|                                                          |                                      |                                  |                                      |                        |     |     |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----|-----|
| (5) 视力 (25分)                                             | 近视情况, 若平日带老花镜或近视镜, 应在佩戴眼镜的情况下评估。(0分) | 视力有限, 看不清报纸大标题, 但能辨认物体。(5分)      | 辨认物体有困难, 眼睛能随物体移动, 只能看到光、颜色和形状。(10分) | 没有视力, 眼睛不能跟随物体移动。(25分) |     |     |
| (6) 听力 (20分)                                             | 听力情况, 若平时佩戴助听器, 应在佩戴助听器的情况下评估。(0分)   | 正常交流有些困难, 需在安静的环境或大声说话才能听到。(10分) | 讲话者大声说话或说话很慢, 才能部分听见。(15分)           | 完全听不见。(20分)            |     |     |
| 经济评估: 家庭人均月收入 1800 元及以下 (40 分/元)                         |                                      |                                  |                                      |                        |     |     |
| (7) 每月收入 (元)                                             | ≤1800 (10 分)                         | ≤1300 (20 分)                     | ≤800 (30 分)                          | ≤570 (40 分)            |     |     |
| 年龄评估 (10 分/元)                                            |                                      |                                  |                                      |                        |     |     |
| (8) 年龄 (周岁为准)                                            | 60-69 (2 分)                          | 70-79 (5 分)                      | 80-89 (8 分)                          | 90 以上 (10 分)           |     |     |
| 特殊类型 (10 分/元)                                            |                                      |                                  |                                      |                        |     |     |
| (9) 身份类型                                                 | 省级以上劳模、重点优抚、烈士父母 (3 分)               | 与残子女同住、重度残疾、空巢 (6 分)             | 孤寡、独居老人 (10 分)                       |                        |     |     |
| 小计                                                       |                                      |                                  |                                      |                        |     |     |
| 基础分                                                      |                                      |                                  |                                      |                        | 200 | 200 |
| 合计 (四舍五入制)                                               |                                      |                                  |                                      |                        |     |     |
| 社区建议:                                                    |                                      |                                  |                                      |                        |     |     |
| 经办人: _____ 社区负责人签名: _____ 盖章 _____ 年 月 日                 |                                      |                                  |                                      |                        |     |     |
| 街 (镇) 建议:                                                |                                      |                                  |                                      |                        |     |     |
| 经办人: _____ 科长签名: _____ 街 (镇) 负责人签名: _____ 盖章 _____ 年 月 日 |                                      |                                  |                                      |                        |     |     |



附件 2:

# 福州市完全失能老年人护理补贴业务管理办法

## 第一章 总则

**第一条** 为进一步做好完全失能老年人护理补贴发放工作，根据《关于加快推进居家社区养老服务十条措施的通知》（闽政办〔2017〕67号）和《关于进一步促进养老机构健康发展十条措施的通知》（闽政办〔2017〕68号）等有关规定，制定本办法。

**第二条** 完全失能老年人护理补贴（以下简称“护理补贴”）是指对具有本地户籍的最低生活保障对象和计划生育特殊家庭中的完全失能老年人，原则上按照每人每月不低于200元的标准发放补贴。

## 第二章 组织实施

**第三条** 为提高政府兜底保障的工作效率，低保对象、计划生育特殊家庭完全失能老年人护理补贴试行简易确认程序：

（一）个人申请。对属于完全失能的低保、计生特殊家庭老年人，可自愿填写《低保、计生特殊家庭完全失能老年人护理补贴申请表》（样表附后），并提交低保或计生特殊家庭有关证明、身份证、户口簿原件及复印件。乡镇（街道）要指导其或其委托代理人填写表格，并做好对非现金形式护理补贴制度的政策解

读。

(二) 村居入户评估。各村(社区)要成立“老年人生活自理能力评估小组”，成员由各村(社区)两委主干1名、驻村干部或社区专干1名、村卫生所或社区卫生服务中心医务人员1名组成。鼓励有条件的地方委托医疗卫生机构或第三方专业机构开展老年人生活自理能力评估。评估小组接到申请后，要在15个工作日内入户对低保、计生特殊家庭老年人进行当面核实，对是否属于“完全失能”进行认定、建档，并填写《老年人生活自理能力简易评估表》(样表附后)。按照直观、简便、易操作的原则，运用是否具备自主吃饭、穿衣、上下床、如厕、室内行走、洗澡能力等6项指标进行评估。6项都能自主完成的，认定为“全自理”；有1~3项不能自主完成的，认定为“半失能”；有4项及以上不能自主完成的，认定为“完全失能”。

(三) 乡镇(街道)初审。乡镇政府(街道办事处)依申请结合入户评估结果，在20个工作日内对补贴发放对象有关材料进行初审、公示。对公示无异议的对象，向县级民政部门提交符合条件盖章确认后的申请表，同时统计填写《完全失能老年人护理补贴发放人数统计表》(样表附后)。对公示有异议的对象，由乡镇(街道)养老救助协理员1名，会同乡镇卫生院或街道卫生服务中心医务人员1名共同进行二次评估确认。

(四) 县级审批。经审核无异议的，各县(市)区民政局要及时作出审批意见，自审批之日起发放护理补贴。护理补贴不计入城乡最低生活保障家庭的收入。

第四条 各县(市)区民政局应于每年9月20日前报送本年

度《完全失能老年人护理补贴发放人数统计表》（样表附后），表格采用每年前9个月的算术平均数据，会同县（市）区财政局上报市民政局、财政局。

### 第三章 资金管理

**第五条** 完全失能老年人护理补贴所需资金，闽清县、永泰县按省、市、县3:3:4的比例分担，罗源县按市、县3:7的比例分担，其他县（市）区由当地财政承担。

**第六条** 已享受重度残疾人护理补贴的老年人不可重复享受完全失能老年人护理补贴。

**第七条** 护理补贴原则上以老年人服务券（卡）的方式发放，按户籍所在地实行属地化管理。各县（市）区人民政府作为工作责任主体，可通过政府购买服务等方式落实护理补贴。针对偏远山区服务券（卡）无法落地的问题，各县（市）区民政局可会同财政部门议定具体发放方式，并将实施细则报上级民政、财政部门备案。无论选择何种发放方式，都应做到及时、公正、透明、便捷、安全，切实让完全失能老年人受益。

### 第四章 监督管理

**第八条** 要建立动态管理机制和核查制度，乡镇人民政府、街道办事处要对享受完全失能老年人护理补贴的，于每年3月前全面核查一次；各县（市）区民政局每年要定期会同相关卫生部

门或村（社区）人员，按照不低于20%比例入户抽查。对不符合条件或死亡的老年人要及时停发护理补贴。

**第九条** 各县（市）区民政局、财政局要加强监督，建立事前、事中、事后相结合，日常监督和重点抽查相结合的监管体系，确保补贴政策落实到位，补贴资金使用规范、安全、有效。各县（市）区民政局要设立举报电话，公布申报和发放程序，接受群众、媒体和有关部门的监督检查。对虚报冒领、截留挪用补贴资金等行为，依据《预算法》和《财政违法行为处罚处分条例》等有关法律法规严肃处理。对相应责任人员要依法依规追究党纪政纪责任。

**第十条** 各县（市）区民政局、财政局应当开展对省级和市级专项补助资金的绩效评估工作，并将绩效评估情况及时报送市民政局和市财政局。

## **第五章 附则**

**第十一条** 各县（市）区民政局、财政局可根据本办法，结合当地实际制定实施办法。

**第十二条** 本办法自印发之日起施行。

- 附件：
- 1、低保、计生特殊家庭完全失能老年人护理补贴申报表（表十二）
  - 2、老年人生活自理能力简易评估表（表十三）
  - 3、完全失能老年人护理补贴发放人数统计表（表十四）

表十二

## 低保、计生特殊家庭完全失能老年人护理补贴申请表

填表时间：

|                |               |           |      |               |  |               |             |      |
|----------------|---------------|-----------|------|---------------|--|---------------|-------------|------|
| 姓 名            |               | 性别        |      | 民 族           |  | 出生<br>日期      |             | 贴照片处 |
| 联 系<br>电 话     |               |           | 身份证号 |               |  |               |             |      |
| 户 籍<br>所在地     |               |           |      |               |  |               |             |      |
| 家 庭<br>住 址     |               |           |      |               |  |               |             |      |
| 是否低保<br>对象     |               | 委托<br>申请人 | 姓 名  | 身份证号          |  |               | 与被申请<br>人关系 |      |
| 是否计生<br>对象     |               |           |      |               |  |               |             |      |
| 是否享受<br>其他补贴   |               |           |      |               |  |               |             |      |
| 社区或<br>村委会意见   |               |           |      | 乡镇或街道<br>初审意见 |  |               |             |      |
|                | (公章)<br>年 月 日 |           |      |               |  | (公章)<br>年 月 日 |             |      |
| 县级民政部门<br>审批意见 |               |           |      |               |  |               |             |      |
|                | (公章)<br>年 月 日 |           |      |               |  |               |             |      |

注：1. 本表须附申请人户口、身份证复印件（申请人是监护人或委托人的，一并附上身份证复印件，以及低保或计生特殊家庭证明。2. 是否享受其他补贴包括重度残疾人护理补贴、特殊困难残疾人生活补贴等补助。

老年生活自理能力简易评估表

评估时间:

评估地点:

|               |                                |    |     |    |      |                       |                                         |
|---------------|--------------------------------|----|-----|----|------|-----------------------|-----------------------------------------|
| 镇(街)、<br>村(居) | 是否具有以下各项自理能力<br>(是填“1”, 否填“0”) |    |     |    |      | 自理能力评估结果<br>(三选一填“√”) |                                         |
| 姓名            | 自主吃饭                           | 穿衣 | 上下床 | 如厕 | 室内行走 | 洗澡                    | 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<br>(完全失能) |
| 身份证号          |                                |    |     |    |      |                       |                                         |
| 评估结果          |                                |    |     |    |      |                       |                                         |

评估小组人员签字:

表十四

## 完全失能老年人护理补贴发放人数统计表

填表时间：

| 市、县（区）、街镇<br>名称 | 护理补贴发放总人数（单位：人） |           |                   |
|-----------------|-----------------|-----------|-------------------|
|                 |                 | 其中：低保发放人数 | 其中：计生特殊<br>家庭发放人数 |
|                 |                 |           |                   |
|                 |                 |           |                   |
|                 |                 |           |                   |
|                 |                 |           |                   |
|                 |                 |           |                   |
|                 |                 |           |                   |
|                 |                 |           |                   |
|                 |                 |           |                   |
|                 |                 |           |                   |
|                 |                 |           |                   |
|                 |                 |           |                   |
| 合计              |                 |           |                   |

民政部门：（盖章）

财政部门：（盖章）

审核人签字：

审核人签字：

填表人：

