|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件7  安宁市农村留守老人探访关爱服务记录表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一、探访对象基本情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | | 安宁市街道村（居） | | | | | | | | | | | | | 是否居住在户籍所在地 | | | □是□否 | | |
| 姓名 | |  | | | 性别 | | |  | | | 民族 | | | |  | | 身份证号 |  | | |
| 是否残疾 | | □是□否 | | | 残疾人证号 | | |  | | | 是否独居、空巢 | | | | | | □是□否 | | | |
| 是否留守 | | □是□否 | | | 是否失能 | | | □是□否 | | | 是否计划生育特殊家庭老年人 | | | | | | □是□否 | | | |
| 紧急联系人 | |  | | | 与老人关系 | | |  | | | 联系电话 | | | | | |  | | | |
| 评估定级 | |  | | | 定级时间 | | |  | | | 保护持续时间（月） | | | | | |  | | | |
| 二、家庭基本情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | | 性别 | | | 居民身份证号码 | | | | 与户主关系 | | | | 健康状况 | | | 是否为低保对象 | | | |
| 户主 |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 2 |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 3 |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | |
| 三、家庭生活条件 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 饮水是否安全 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生活用电是否安全 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住房是否安全 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭每月收入（元） | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭每月领取养老保险、社会救助和社会福利补贴等情况 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 四、已享受帮扶情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 帮扶单位（组织） | | | | □党政机关、群团组织□乡镇（街道）、村（居）民委员会  □企业□社会组织□专业社会工作者□志愿者  □其他 | | | | | | | | | | | | | 帮扶责任人 | | |  |
| 帮扶措施： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五、探访情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第次开展探访  年月日 | | | | | | | 探访方式 | | □电话问候□上门探访□互联网音（视）频探访□其他 | | | | | | | | | | | |
| 家庭状况 | | 家庭人口 | | | □无变化□增加人□减少人 | | | | | | | | |
| 健康状况 | | 表达能力 | | | □无变化□较好□较差 | | | | | | | | |
| 行动能力 | | | □无变化□较好□较差 | | | | | | | | |
| 疾病状况 | | | □无变化□严重疾病名称：□转好 | | | | | | | | |
| 精神状态 | | 情绪状态 | | | □无变化□较好□较差 | | | | | | | | |
| 安全情况 | | 住房是否安全 | | |  | | | | | | | | |
| 用电/气是否安全 | | | □安全□较安全□不安全 | | | | | | | | |
| 饮用水是否安全 | | | □安全□较安全□不安全 | | | | | | | | |
| 居住空间是否安全 | | | □安全□较安全□不安全 | | | | | | | | |
| 卫生状况 | | 个人卫生 | | | □无变化□较好□较差 | | | | | | | | |
| 家庭卫生 | | | □无变化□较好□较差 | | | | | | | | |
| 居住环境 | | 室内环境 | | | □无变化□较好□较差 | | | | | | | | |
| 老年人服务需求： | | | | | | | | | | | | | |
| 实施关爱服务建议： | | | | | | | | | | | | | |
| 分类建议 | | A类降B类 | | | | 原因： | | | | | | | |
| B类降C类 | | | | 原因： | | | | | | | |
| C类升A类 | | | | 原因： | | | | | | | |
| C类升B类 | | | | 原因： | | | | | | | |
| 维持现有评级 | | | |  | | | | | | | |
| 探访人员  （签字） | | 被探访人（签字） | | | | | | | 信息录入人  （签字） | | | 年 月 日 | |
| 六、关爱服务情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第次开展关爱  年月日 | | | | | | | 关爱服务情况：  服务人员签字（盖章）：年月日 | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
| 老年人服务满意度评价： | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：此表一式两份，市民政局、街道各存档一份。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |