附件1

**临淄区“十四五”特殊困难老年人** **家庭适老化改造任务明细**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区县 | 2022年（户） | 2023年（户） | 2024年（户） | 备注 |
| 任务目标 | 其中：家庭养老床位 | 任务目标 | 其中： | 任务目标 | 其中： |
| 市级 | 区级（含市级任务数） | 家庭养老床位 | 适老化改造 | 市级 | 区级（含市级任务数） | 家庭养老床位 | 适老化改造 |
| 临淄 | 317 | 317已完成 | 155 | 192 | 130 | 62 | 155 | 192 | 130 | 62 |  |

**附件2** 编号： 202X-370305-4位顺序号

**特殊困难老年人家庭适老化改造档案**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家庭****基本**情况 | 姓名 |  | 身份 证号 |  | 联系电话 |  |
| 身份特征 | 口高龄( 周岁)口失能(口重度失能口中度失能口轻度失能 评估等级 级)口残疾(残疾等级： 级)口留守口空巢 |
| 姓名 |  | 身份 证号 |  | 联系 电话 |  |
| 身份特征 | **口高龄(** **周岁)**口失能(口重度失能口中度失能 口轻度失能 评估等级 级)口残疾(残疾等级： 级)**口留守****口空巢** |
| 姓名 |  | 身份 证号 |  | 联系 电话 |  |
| 身份特征 | **口高龄(** **周岁)** |
| 口失能(口重度失能口残疾(残疾等级：**口留守****口空巢** | 口中度失能 级) | 口轻度失能 评估等级 级) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 家庭住址 |  |
| 家庭类型 | 口城镇户籍 口农村户籍 |
| 口分散供养特困人员家庭 口城乡低保对象家庭口城乡低保边缘家庭 口计划生育特殊家庭  |
| 住宅情况 | 房产所有人 |  | 房屋性质 | 口自有口租赁 | 建筑面积 | m~ | 安全等级 |  |
| 口电梯房 口楼梯房 口平房 |
| 口已纳入拆迁规划 |
| 个人申请 | 本人及家庭成员自愿申请住宅口家庭养老床位建设/口适老化改造，接受政府指定的机构施工，同意政府补助的规定，愿意承担房屋改造中相关责任。申请人或监护人签字(手印): |
| 资格审核 | 村(居)委会意见：(盖章)年 月 日 | 乡镇(街道)意见：(盖章)年 月 日 | 县级民政部门意见；(盖章)年 月 日 |
| 评估设计 | 拟改造项目内容 |
| 逐项列出具体改造内容、单项造价及资金合计。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 评估机构 |  | 评估时间 |  |
| 改造审批 | 县级民政部门意见：(盖章)年 月 日 |
| 竣工验收 | 改造机构 |  | 竣工时间 |  |
| 验收意见：验收机构(盖章)年 月 日 |
| 项 目评价 |  县级民政部门(盖章)年 月 日 |
| 相关资料 | 适老化改造相关资料附后， 一并整理归档：1.改造部位和新添置设施、设备照片，要突出前后对比效果，且有文字说明；2.逐户具体评估资料。 |