附件2

贵州省长期护理保险辅具租赁申请表

(由参保人或其监护人填写)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 参保人姓名 |  | 参保人身份证号 |  | |
| 参保地 |  | 联系电话 |  | |
| 家庭现住址 |  | | | |
| 监护人姓名 |  | 监护人身份证号 |  | |
| 与参保人关系 |  | 监护人联系电话 |  | |
| 失能等级 | □重度 □中度 | 居家上门服务 | □有 | □无 |
| 基金支付政策 | （各统筹地区结合本地政策具体补充） | | | |
| 租赁辅具服务选择 | 1.□ 电动护理床 或 □ 手动护理床 （二选一）  2.□ 手动轮椅车 或 □ 多功能轮椅 （二选一）  3.□ 成人纸尿裤 4.□ 护理垫 | | | |
| 租赁期：租赁期原则上不少于3个月 | | | |
| 告知书  根据政策规定，参保人员申请享受长期护理保险辅具租赁服务，须接受适配人员入户对参保人进行辅助器具适配评估，包括自理能力评估、查看病历资料、家居环境、询问病情、检查身体等工作。适配评估需全程录音、录像，参保人及其监护人应给予积极配合。不予配合导致无法完成辅具适配评估和确认工作的，终止受理申请。  监护人办理申请辅具服务相关事宜(包括辅具服务申请、辅具品类选择、服务协议签订、支付费用等)，视同参保人全权委托监护人办理上述事项，认可申请过程中所签署的相关资料，并承担相应的法律责任。 | | | | |
| □已阅并同意上述内容。  参保人或监护人签名： 申请日期： | | | | |