|  |
| --- |
| 附件8 |
| 老年人能力评估汇总表 |
| 填报单位： 填报时间： |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 性别 | 家庭住址 | 身份类别 | 评估结果 | 养老方式 | 联系电话 |
| 男 | 女 | 特困 | 低保 | 优抚 | 其他 | 能力完好 | 轻度失能 | 中度失能 | 重度失能 | 完全失能 | 居家 | 机构 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人： 审核人： 填表人：