

附件 1

无锡市长期护理保险失能情况自评表

参保人姓名:

身份证号:

居住地址:

参保人电话: 1.

2.

3.

监护人姓名:

身份证号:

监护人电话: 1.

2.

3.

与参保人关系:

日常生活自理能力--A 类	自评问题	是	否
	能自己吃饭		
	能自己走路		
	能自己上厕所		
	能自己洗澡		
	能自己穿脱衣服		
特殊情况--B 类	确诊有精神疾病		
	确诊有老年痴呆		

说明：满足以下任一选项的，可提出评估申请。

1.A 类自评超过 3 项（含 3 项）为“否”；

2.B 类自评超过 1 项为“是”，且 A 类自评超过 2 项（含 2 项）为“否”。

友情提醒：

1.此表由参保人自评打分，仅作为是否申请失能评估的参考依据，最终结果以正式评估结论为准。

2.请填报者根据实际情况如实填写，如有不实将纳入填报者个人诚信记录。

附件 2

无锡市长期护理保险失能等级评估申请表

参保人姓名		性别		身份证号码			
户籍地址							
居住地址							
参保人联系方式			联系方式(一)			联系方式(二)	
监护人姓名		性别		身份证号码			
监护人与参保人关系			联系方式(一)			联系方式(二)	
一、病史简述:							
曾患的重大疾病、外伤史、传染病史:							
现有的疾病和病症:							
目前正在治疗的疾病和病症:							
二、特殊护理项目:							
①保留导尿	有 ☐	无 ☐	②造瘘口	有 ☐	无 ☐		
③鼻饲	有 ☐	无 ☐	④鼻导管(面罩)给氧	有 ☐	无 ☐		
⑤压疮	有 ☐	无 ☐	⑥失禁性皮炎	有 ☐	无 ☐		
⑦便秘	有 ☐	无 ☐					
三、身体基础情况							
①身高		②体重		③握力	左手		右手
④肢体残缺	有 ☐	无 ☐	⑤视力障碍	有 ☐	无 ☐	⑥听力障碍	有 ☐
参保人承诺:本人申请无锡市长护保险失能等级评估,本表所填写内容及提供材料为本人的个人信息和现阶段的生活状况,内容真实、有效,无任何虚假申报情况。如不真实,自愿放弃申报资格,并承担由此带来的相应后果和一切法律责任。							
参保人签字(右手食指指纹):							
监护人承诺:本人受参保人委托申请无锡市长护保险失能等级评估,本表所填写内容及所提供材料为被监护人的个人信息和现阶段的生活状况,内容真实、有效,无任何虚假申报情况。如不真实,自愿放弃申报资格,并承担由此带来的相应后果和一切法律责任。							
监护人签字(右手食指指纹):							
友情提醒: 参保人或监护人可以通过以下三种方式获取评估结果: 1.下载专用 APP,注册后绑定参保人可查阅和接收; 2.申请片区的商保机构长护服务网点; 3.商保机构通知并派送或寄送。							

附件 3

无锡市长期护理保险失能等级评估初筛表

参保人姓名： 身份证号：

调查 事项	程度选项	分值	勾选
进食	独立完成	0	
	使用餐具，在切碎、搅拌等协助下能完成	5	
	使用餐具具有困难，进食需要帮助	10	
	不能自主进食，或伴有吞咽困难，完全需要帮助（如喂食、鼻饲等）	20	
头部 清洁 及洗 浴	独立完成	0	
	头部清洁能独立完成，洗浴需要协助	5	
	在他人协助下能完成部分头部清洁；洗浴需要帮助	10	
	完全需要帮助	20	
穿衣	独立完成	0	
	需要他人协助，在适当时间内完成部分穿衣	5	
	在他人协助下，仍需在较长时间内完成部分穿衣	10	
	完全需要帮助	20	
大小 便及 如厕	如厕不需协助	0	
	在适当提示和协助下能如厕或使用便盆	5	
	在很多提示和协助下尚能如厕或使用便盆	10	
	如厕完全需要帮助	20	
移动	独立完成	0	
	借助较小外力或辅助装置能完成站立、转移、行走、上下楼梯等	5	
	动则气急喘息，借助较大外力才能完成站立、转移、行走，不能自行上下楼梯	10	
	卧床不起；休息状态下时有气息喘息，难以站立；移动完全需要帮助	20	
疾病	无帕金森病、中风后遗症等导致上述能力受限的疾病	0	
	有帕金森病、中风后遗症等导致上述能力受限的疾病	5	
手术 或 外伤	无因手术、外伤等导致上述能力受限的	0	
	有因手术、外伤等导致上述能力受限的	5	
走失	无走失事件发生	0	
	有走失事件发生	5	
自杀	无自杀事件发生	0	
	有自杀事件发生	5	
合计			
说明 1：初评超过 40 分（含），可参加正式评估；初评小于 40 分的，不能参加正式评估。			
说明 2：此表由商保机构打分，最终结果以正式评估结论为准。			

附件 4

无锡市长期护理保险失能等级评估结论告知书
(重度失能)

参保人:_____

于_____年____月____日收到参保人: _____(身份证号码: _____)提交的无锡市长期护理保险失能等级评估申请,经失能等级评估并经公示无异议,确定失能等级为:**重度失能**。收到本通知,次日即可办理长期护理保险待遇享受申请手续,签订服务协议后享受待遇。

×××评估机构

年 月 日

无锡市长护保险评估结论书签收回执

本人于_____年____月____日收到参保人: _____(居民身份证号码: _____)的失能等级评估结论书。

签收人(参保人或监护人): _____

年 月 日

附件 5

无锡市长期护理保险失能等级评估结论告知书
(中度失能)

参保人:_____

于_____年____月____日收到参保人: _____(身份证号码: _____)提交的无锡市长期护理保险失能等级评估申请,经失能等级评估并经公示无异议,确定失能等级为:**中度失能**。收到本通知,次日即可办理长期护理保险待遇享受申请手续,签订服务协议后享受待遇。

如对评估结论有异议的,自收到本评估结论书之日起10个工作日内向商保机构提出复核评估(复评)申请,逾期不予受理。

复评结论为最终结论,复评结论不再进行公示。复评与本次评估结果不一致的,复评费用由评估机构承担;复评与本次评估结果一致的,复评费用由提出复评的参保人员本人承担。复评费用为190元/人。

×××评估机构

年 月 日

无锡长护保险评估结论书签收回执

本人于_____年____月____日收到参保人: _____(居民身份证号: _____)的失能等级评估结论书。

签收人(参保人或监护人): _____

年 月 日

附件 6

无锡市长期护理保险失能等级评估结论告知书
(轻度失能及正常)

参保人:_____

于_____年____月____日收到参保人_____(身份证号码:_____)
提交的无锡市长期护理保险失能等级评估申请,经失能等级评估,确定失
能等级为:_____,未达到享受长期护理保险待遇基本要求。

收到本通知,未发生新情况,6个月后方可再次提出申请。

如对评估结论有异议的,自收到本评估结论书之日起10个工作日内
向商保机构提出复核评估(复评)申请,逾期不予受理。

复评结论为最终结论,复评结论不再进行公示。复评与本次评估结果
不一致的,复评费用由评估机构承担;复评与本次评估结果一致的,复评
费用由提出复评的参保人员本人承担。复评费用为190元/人。

×××评估机构

年 月 日

无锡长护保险评估结论书签收回执

本人于_____年____月____日收到参保人:_____(居民身份号
码:_____)的失能等级评估结论书。

签收人(参保人或监护人):_____

年 月 日

附件：7

无锡市长期护理保险失能等级复评评估结论告知书

参保人：_____

根据_____年____月____日参保人_____（身份证号：_____）的无锡市长期护理保险失能等级复评评估，确定复评后失能等级为：_____。

复评结论为最终结论，复评结论不再进行公示。

×××评估机构

年 月 日

无锡市长护保险复评评估结论书签收回执

本人于_____年____月____日收到参保人：_____（居民身份证号：_____）的失能等级复评评估结论书。

签收人（参保人或监护人）：_____

年 月 日