附件2

北京市老年人家庭适老化改造评估确认表

区： 评估组织：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 老人姓名 |  | 联系方式 |  |
| 身份证号 |  |
| 改造住址 |  |
| 身体状况评估结果 |  |
| 康复辅助器具需求评估结果 |  |
| 居家环境评估结果 |  |
| 家庭成员评估结果 |  |
| 政策评估结果 |  |
| 改造方案设计 | 改造项目 | 改造内容 | 选择目录(编号、名称) | 费用（元） |
| 建筑硬件改造 |  |  |  |
|  |  |  |
| 家具家装改造 |  |  |  |
|  |  |  |
| 康复辅助器具适配 |  |  |  |
|  |  |  |
| 智能化助老服务设施配备 |  |  |  |
|  |  |  |
| 费用合计 |  元（其中政府补贴： 元、自付 元） |
| 结果确认 | 本人及本组织承诺对以上评估结果负责，愿意承担因评估不当产生的一切不良后果。评估人： （签字）评估组织： （盖章）年 月 日 |
| 本人（是□ /否□ ）认同上述评估结果，确认按评估结果进行施工改造，愿意承担因施工改造产生的影响。老年人（监护人）签字： 年 月 日 共同居住家庭成员签字： 年 月 日 |
| 审核意见 | 审核部门： （盖章）审核人： （签字）  年 月 日  |