附件2

领取年度看护管理补贴的申请

镇街（地区）：

本人依照《关于严重精神障碍患者监护人申领看护管理补贴的暂行办法》规定，自愿申请领取看护管理补贴，保证履行以下看护管理责任：

（一）为被监护人申请免费服药服务或自行购药，遵医嘱监督被监护人按时按量服药；

（二）发生被监护人居住地迁移、监护人变更等情况及时向社区个案管理小组报告，并按要求履行变更手续（按照《北京市重性精神疾病社区个案管理工作指南》规定，社区个案管理小组由属地镇街（地区）负责组织，由社区精防医生、社区民警、村（居）民委员会干部、残联干事、民政专干等组成）；

（三）每日观察被监护人病情变化情况，填写《看护管理记录手册》；

（四）引导被监护人逐渐恢复社会功能，在有条件的情况下协助其申请并督促定期参加社区康复活动；

（五）照料、看管被监护人日常生活，不得虐待、遗弃被监护人，防止被监护人失踪或下落不明、流浪乞讨、肇事肇祸；

（六）配合严重精神障碍患者社区个案管理小组开展社区随访、管理等工作；

（七）被监护人失踪或下落不明后立即报告派出所、社区个案管理小组；被监护人发生病情波动时，监护人立即告知社区精防医生，并根据医嘱配合相关部门将患者送至精神专科医疗机构诊治；被监护人发生伤害自身、危害他人安全的行为，或者有伤害自身、危害他人安全危险的，监护人立即向派出所报告，协助公安部门将患者送至精神专科医疗机构诊治。

（八）根据精神专科医疗机构医学建议，履行接出院等相关责任。

本人自愿接受各级管理部门的日常监督以及社区个案管理小组对履行看护管理责任情况的认定。同意按照《关于严重精神障碍患者监护人申领看护管理补贴的暂行办法》之规定，在满足各项领取条件且被监护人未发生肇事肇祸行为的情况下，领取相应补贴。

申请人：

年 月 日

基本信息

申请人姓名： 性别： 年龄：

身份证号：

联系方式： 与被监护人关系：

开户银行：

银行账号：

被监护人姓名： 性别： 年龄：

户籍所在地址：

与申请人共同居住地址：

初审意见

经审核，确定申请人 作为患者 的监护人，在履行看护管理责任后领取补贴。

审核人：

村（居）民委员会

年 月 日

复审意见

经审核，同意 村（居）民委员会的初审意见。

审核人：

镇街（地区）

（加盖公章）

年 月 日

注：申请人及被监护人身份证复印件；被监护人居民户口簿复印件；本地居住的证明材料复印件（如房产证、房屋租赁合同）；接受属地社区严重精神障碍管理治疗服务的证明；残疾证复印件等材料附后。