

## 巨野县公办养老机构轮候申请表

|               |                                 |  |                                 |                                 |                                  |
|---------------|---------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| 姓名            |                                 | 性别   |                                 | 出生年月                            |                                  |
| 身份证号码         |                                 |  | 联系电话                            |                                 |                                  |
| 家庭地址          |                                 |  |                                 |                                 |                                  |
| 文化程度          | <input type="checkbox"/> 不识字    | <input type="checkbox"/> 略识字小学             | <input type="checkbox"/> 初中高中   | <input type="checkbox"/> 大学及以上  |                                  |
| 婚姻状况          | <input type="checkbox"/> 未婚     | <input type="checkbox"/> 已婚                | <input type="checkbox"/> 丧偶     | <input type="checkbox"/> 离婚     |                                  |
| 年龄            | <input type="checkbox"/> 60-69岁 | <input type="checkbox"/> 70-79岁            | <input type="checkbox"/> 80-89岁 | <input type="checkbox"/> 90-99岁 | <input type="checkbox"/> 100岁及以上 |
| 居住情况          | <input type="checkbox"/> 与子女同住  | <input type="checkbox"/> 与亲友同住             |                                 | <input type="checkbox"/> 与配偶同住  | <input type="checkbox"/> 孤寡独居    |
| 经济条件          | <input type="checkbox"/> 无社保    | <input type="checkbox"/> 低收入(城乡特困、低保、困难家庭) |                                 |                                 |                                  |
|               | 平均退休工资(养老金):     元/月            |  |                                 | 其他收入:     元/月                   |                                  |
| 特殊对象          | <input type="checkbox"/> 城乡特困低保 | <input type="checkbox"/> 重点优抚对象            |                                 | <input type="checkbox"/> 失独     |                                  |
| 与申请人关系        |                                 |  |                                 |                                 |                                  |
| 代理人姓名         |                                 | 代理人地址                                      |                                 |                                 |                                  |
| 需求意愿          | <input type="checkbox"/> 机构养老   |  | 联系电话:                           |                                 |                                  |
| 申请人(代理人签字):   |                                 |  |                                 |                                 |                                  |
| 民政部门审批意见:     |                                 |  |                                 |                                 |                                  |
| 签名(盖章):       |                                 |  |                                 |                                 |                                  |
| 年     月     日 |                                 |  |                                 |                                 |                                  |