附件6：

**服务对象情况调查报告**

**一、服务对象情况调查表**

**注意：**

**1、直接服务人数50人以下的项目，调查人数不少于10人，直接服务人数50人以上的项目，调查人数不少于20%。**

**2、下表仅是举例说明，并不是统一模板。各项目应根据实际的服务对象设计相关的情况调查表，**

 **（姓名）生活状况调查表（****以社区独居老人为例）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基 本 信 息 | 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地 |  街道 社区 | 家庭住址 |  |
| 亲友探访频率 | □每天一次 □2-3天一次 □每周一次 □2-3周一次 □每月一次或更少  |
| 家属人数：人 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 关系 | 工作单位 | 月收入 | 家庭人均月收入 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 婚姻状况 | □未婚 □已婚 □离婚 □再婚 □丧偶 □其他 |
| 文化程度 | □文盲 □学龄前 □小学 □初中 □高中或中专 □大专 □本科以上 □研究生 |
| 经济状况 | 主要生活来源 | □个人所得 □家庭、亲戚供养 □低保收入 □社会救济 □重残补贴 □其他 |
| 家庭经济状况 | □低保 □低收入 □特殊困难 □其他 |
| 健康保障 | 独居开始时间 |  |
| 是否患有疾病 | □否 □是（疾病类型：） |
| 行动能力 | □能自如行走 □行动较缓慢 □需辅助器 □需轮椅行动 □完全卧床 |
| 生活自理能力 | □完全自理 □部分依赖 □完全依赖（主要照顾者： ） |
| 社会保障 | 养老保险情况 | □城镇职工养老保险 □农村养老保险 □没有 |
| 医疗保险情况 | □城镇职工医疗保险 □城乡居民医疗保险 □商业保险 □其他 |
| 需求 | 需求情况 | □居家照料服务 □医疗服务 □康复护理服务 □生活处理能力训练□居家职业训练 □心理咨询服务 □义工服务 □其他 |

调查员： 调查日期：

**二、调查数据情况分析**

**三、哪些数据证明申报项目的必要性、紧迫性和可行性**