**空巢老人介入服务项目**

**“耆望成真”计划申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 长者基本信息 | | | | | | | | | | | | | |
| 基本情况\* | 长者姓名 | | | 张三 | | 性别 | | 男 | | 年龄/  出生年月 | | 80岁/1937年1月 | |
| 地址  （区/所属街道/住址） | | | 广州市AB区CD街EF路99号101 | | | | | | 联系  方式 | | （手机）13112345678 | |
| （固话）98761234 | |
| 月收入（元） | | | 900 | | | | 平安通用户 | | | ■是 □否 | | |
| 身份证号码/  优待证号码 | | | 440100193701011234 | | | | 居住状态 | | | ■独居 □双老 ■孤寡  □与其他亲戚同住  □其他: | | |
| 家庭成员资料\* | 1. 姓名/与长者关系 | | 张东/侄子 | | 年龄 | | 50+ | 性别 | 男 | | 职业/月收入（元） | | 保安/2500 |
| 1. 姓名/与长者关系 | | 无 | | 年龄 | | - | 性别 | - | | 职业/月收入（元） | | - |
| 申请机构信息\* | 申请单位名称 | | | GH街家庭综合服务中心 | | | | 联系人 | | | 王五 | | |
| 联系邮箱 | | | abc@cde.com | | | | 联系方式 | | | 13219876543 | | |
| 长者情况\* | 具体情况 | | | 申请机构填写 | | | | | | | 义工联填写 | | |
| 身体状况/  生活自理情况 | | | 服务对象有高血压、心脏病、类风湿，行动不便；生活基本自理。 | | | | | | | □属实 □有偏差  补充说明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 经济情况 | | | 服务对象是低保户，每月领到低保金900元，医保报销约200元，另外还需自费药物，剩余不太够个人日常支出。 | | | | | | | □属实 □有偏差  补充说明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 心理状况/  情绪状态 | | | 心理状况良好，积极开朗；情绪稳定 | | | | | | | □属实 □有偏差  补充说明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 居家环境情况 | | | 居家环境一般，厨房用煤气煮食存在安全隐患 | | | | | | | □属实 □有偏差  补充说明：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 其他 | | | 无 | | | | | | |  | | |
| 主要问题摘要\* | 服务对象生活自理，每月的生活经费来源于低保补贴，仅够维持基本生活费用，另外还要自费买药。服务对象家里的厨具使用时间较长，有一些家电已不能使用，因经济能力有限，无法更换新家电。目前使用煤气炉来炒菜,存在一定的安全隐患。在社工探访得知，服务对象希望申请一个电磁炉用来煮食。 | | | | | | | | | |  | | |
| 长者/家庭背景（如有需要，可用个案家庭图表示）\* | 服务对象的伴侣早年因病去世，无子女。服务对象还有一个哥哥，已去世，其家人偶尔会与服务对象电话联系，过年有相聚。 | | | | | | | | | |  | | |
| 愿望要求\* | 申请物资：电磁炉  其他要求：无 | | | | | | | | | |  | | |
| 社工的建议及支持原因 | | | | | | | | | | | | | |
| 是否支持该愿望\* | | ■支持 □不支持  原因：服务对象经济拮据，缺乏家庭支持，身体状况较差，生活自理，需要长期服药。厨具家电较旧，部分已不能使用，故申请电磁炉方便其煮食，建议支持。  社工姓名：王五 日期：2017年8月1日 | | | | | | | | | □支持 □不支持  原因：  （义工联填写）    社工姓名：  日期: 年 月 日 | | |
| 跟进方式\* | | 1.  2.  3.如果申请不成功时,机构会提供之相关跟进工作 | | | | | | | | |  | | |
| 其他说明 | | 1.  2.  如有需要可附注相关照片(3张) | | | | | | | | | | | |
| 项目社工主任意见、签名及日期 | | （义工联填写） | | | | | | | | | | | |
| 计划指导委员会审核意见、签名及日期 | | （义工联填写） | | | | | | | | | | | |

备注：带【\*】号为申请机构需要填写内容