附件：1

适老化改造任务分解表

（合计200户）

|  |  |
| --- | --- |
| **街道** | **任务数（户）** |
| 板浦镇 | 20 |
| 新海街道 | 20 |
| 新南街道 | 20 |
| 新东街道 | 20 |
| 路南街道 | 20 |
| 新浦街道 | 30 |
| 浦西街道 | 20 |
| 朐阳街道 | 10 |
| 洪门街道 | 10 |
| 海州街道 | 20 |
| 幸福路街道 | 10 |

附件：2

家庭适老化改造事项建议清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **类别** | **序号** | **事项** | **作用说明** | | **基础/自选** |
| 设  施  改  造 | 1 | 防滑处理 | 在卫生间、厨房等区域，铺设PVC等材质的防滑地砖（地板、地胶）, 避免滑倒并具有一定的防潮作用。卫生间局部可使用防滑垫。 | | 基础 |
| 2 | 地面高差处理 ： | 台阶改坡道，铺设水泥坡道，保证路面平滑、无高差障碍，避免老 年人行走发生磕碰跌倒，方便轮椅进出。门槛高度较低或不宜铺设 水泥坡道情况下，可加设橡胶等材质的可移动式坡道。 | | 基础 |
| 3 | 门槛移除 | 移除门槛，保证老年人进出无磕碰跌倒风险，方便轮椅进出。 | | 基础 |
| 4 | 平整硬化 | 屋内（外）地面水泥平整硬化，方便轮椅进出。 | | 可选 |
| 5 | 蹲便器改坐便器 | 减轻蹲姿造成的腿部压力，减轻老年人如厕下蹲、站立困难。方便 乘轮椅老年人使用。 | | 可选 |
| 6 | 浴缸/淋浴房改造 | 拆除浴缸/淋浴房，更换浴帘、浴杆，增加淋浴空间，方便照护人员 辅助老年人洗浴，以及意外跌倒后的搀扶、 | | 可选 |
| 设  施  改  造 | 7 | 加装扶手 | 如厕 扶手 | 在坐（蹲）便器旁安装“一”字形扶手或L形扶手等，辅助老年人起身、站立、转身和坐（蹲）下。 | 基础 |
| 8 | 安装感应夜灯（地灯） | 在老年人卧室安装贴近地面的红外感应小夜灯，方便老年人起夜照明。 | | 可选 |
| 9 | 智能  安全  保护  改造 | 网络接入 | 保证智能安全保护改造设备数据网络实时传输。 | 基础 |
| 10 | 数据集成网关 | 保证智能安全保护改造设备数据网络实时传输。 | 基础 |
| 11 | 一键呼叫装置 | 安装在卧室床头、卫生间坐（蹲）便器旁、淋浴区等位置，用于老年人发生紧急情况时的主动报警。实时传输数据，如发生紧急呼叫，向老年人亲属及为老服务组织推送意外风险信息。 | 基础 |
| 12 | 红外人体感应探测器 | 安装在客厅、卫生间、卧室等居家环境中，监测老年人活动信息。实时传输数据，如发生老年人长时间处在某个区域，向老年人亲属及为老服务组织推送意外风险信息。 | 基础 |
| 13 | 门磁感应器 | 安装在老年人家庭室内外出入主门口处。实时传输数据，如发生长期未关门情况，向老年人、老年人亲属及为老服务组织推送意外风险信息。 | 基础 |
| 14 | 煤气泄漏报警器 | 发生煤气泄漏意外时，响铃提醒老年人及时处理。实时传输数据，向老年人亲属及为老服务组织推送意外风险信息。 | 基础 |
| 15 | 溢水报警器 | 发生溢水意外时，响铃提醒老年人及时处理。实时传输数据，向老年人亲属及为老服务组织推送意外风险信息。 | 可选 |
| 施  改  造 | 16 | 烟雾报警器 | 发生浓烟意外时，响铃提醒老年人及时处理。实时传输数据，向老年人亲属及为老服务组织推送意外风险信息。 | 可选 |
| 辅具改造 | 17 | 手杖 | 包含手杖、三脚或四脚手杖、凳拐等，辅助老年人平稳站立和行走。 | | 基础 |
| 18 | 助行器 | 包含框式、轮式、台式、带座助行器，辅助老年人站立和行走。 | | 可选 |
| 19 | 轮椅 | 自推或由家人、护理人员辅助推行，增大老年人活动空间范围，包括普通轮椅、带姿势控制的特殊轮椅和电动轮椅等。 | | 可选 |
| 20 | 洗澡椅（浴凳） | 辅助老年人洗澡用，避免老年人滑倒，提高安全性。 | | 基础 |
| 21 | 防压疮坐垫、靠垫或床垫 | 重新分布臀部与背部受力，避免长期乘坐轮椅或卧床的老年人发生严重压疮。 | | 可选 |
| 22 | 坐便椅 | 坐便椅（带便桶）方便体弱或行动不方便的老年人就近如厕，一般放于卧室。 | | 可选 |
| 23 | 接尿器或便盆 | 适用于长期卧床或行动不便的老年人。 | | 可选 |
| 24 | 助听器 | 帮助老年人听清声音来源，增加与周围的交流，改善心理健康状况。 | | 可选 |
| 25 | 放大设备 | 放大镜 | 使用光学原理进行影像放大，方便视力不佳的老年人阅读使用。 | 可选 |
| 26 | 放大镜指甲剪 | 方便视力不佳的老年人修剪指甲。 | 基础 |

附件：3

海州区特殊困难老年人家庭适老化改造申请核实表

填表时间：     年     月    日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人姓名 |  | 性别 |  | 户籍  所在地 |  |
| 老年人  身份证号码 |  | | 申请改造  家庭住址 | （详细地址） | |
| 老年人  联系电话 |  | | 代理人姓名（如委托办理需填写） |  | |
| 代理人  身份证号码 |  | | 代理人  联系电话 |  | |
| 房屋产权 | 租赁□   自有产权□ | 住房分类 | | 电梯房□  楼梯房□  平房□ | |
| 老年人  身份特征 | □1.特困供养对象；  □2.其他： | | | | |
| 申请改  造项目 | □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 | | | | |
| 房屋产权人  意  见 | 签字：       年    月   日 | | | | |
| 乡镇（街道）审核意见 | 签字：      （盖章）      年    月   日 | | | | |
| 第三方  意见 | 签字：      （盖章）      年    月   日 | | | | |
| 民政局  意见 | 签字：      （盖章）      年    月   日 | | | | |
| 备 注 |  | | | | |

附件：4

海州区困难老年人家庭适老化拟改造项目花名册

单位（公章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 身份证号 | 家庭地址 | 联系方式 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话：

附件：5

海州区老年人家庭适老化改造需求评估量化表

评估员： 评估时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 评估编号： | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | 性别 | |  | | | 联系电话 |  |
| 出生年月 |  | | | 身份证号码 | | | | |  | |
| 居住地址 |  | | | | | | | | | |
| 住宅类型 | □电梯房 □楼梯房  □平房 | | | | | | | | | |
| 屋 龄 |  | | | | | 60岁及以上 | | | 位 | |
| 联络人 | 姓名 关系 联系电话 | | | | | | | | | |
| 一、身体状况评估 | | | | | | | | | | |
| 家中是否有行动不便的人：□无 □有（ ）位 | | | | | | | | | | |
| 自理能力 | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | | |
| 健康情况 | | 现患有疾病  □心脏病 □高血压 □低血压 □糖尿病 □痛风 □胆固醇 □白内障□帕金森症□骨质疏松□支气管哮喘□老年痴呆 □风湿性关节炎 □中风  □其他 | | | | | | | | |
| 曾经在家中跌倒过的案例 | | | □无 □有（原因） | | | | | | | |
| 进食 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 穿衣：包括扣纽扣、拉链及穿鞋 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 仪表：洗脸、梳头、剃须 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 洗浴 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 如厕 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 走动（可用助行器） | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 上楼梯 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 视力 | | | □完全自理 □基本自理 □轻度依赖 □完全依赖 | | | | | | | |
| 使用电话 | | | □能自己打电话 □能拨熟悉的电话 □能接但不能打电话 □不能使用电话 | | | | | | | |
| 服药能力 | | | □能主动准确服药 □能服用准备好的药物 □不能正确服药 | | | | | | | |
| 听力 | | | □听力下降 □使用助听器 □异常分泌物 □耳鸣  □眩晕 | | | | | | | |
| 鼻部 | | | □流涕 □异常分泌物 □鼻出血 □疼痛 □嗅觉异常  □鼻塞 | | | | | | | |
| 口/咽喉 | | | □疼痛 □溃疡 □嘶哑 □吞咽困难 □牙龈出血  □味觉迟钝□龋齿 □义齿 □打鼾 | | | | | | | |
| 意识状况 | | | □清醒 □嗜睡 □模糊 | | | | | | | |
| 情绪表现 | | | □平静 □不安 □急躁 □激动 □忧虑  □冷漠 | | | | | | | |
| 决断与认知 | | | □独立，合理并一贯性 □需要他人提示或指引  □不能做任何决定 | | | | | | | |
| 参加的社会活动类型 | | | □公园 □居家照料中心 □老年大学 □其他（注明） | | | | | | | |
| 二、家庭成员评估 | | | | | | | | | | |
| 子女是否在当地工作 | | | □是 □否 | | | | | | | |
| 紧急情况能否联系到直系亲属 | | | □能 □否 | | | | | | | |
| 与家庭成员情感关系 | | | □亲密 □良好 □一般 □冷淡 | | | | | | | |
| 有无照护者 | | | □无 □有（ ）位 | | | | | | | |
| 照护者是否有照护经验 | | | □无 □有 会日常护理 □有 会专业级护理 | | | | | | | |
| 照护内容 | | | □进食 □穿衣 □仪表 □洗浴 □如厕  □走动 □服药 □其他 | | | | | | | |
| 照护时间 | | | □全天24小时 □半天12小时 □上午6小时  □下午6小时 □不固定 | | | | | | | |
| 三、居家环境评估（请在对应的分数栏内打钩，分值越高，整体安全性及舒适性越好） | | | | | | | | | | |
| （一）居家环境整体评估 | | | 分数 | | | | | 备注 | | |
| 1 | | 2 | | 3 | 1不好 2普通 3良好 | | |
| 1.照光够明亮，方便老年人可以看清屋内物品及家具、通道等位置 | | |  | |  | |  | 1. 白天需要开灯光才够明亮 2. 白天需要开灯光才够明亮，但通常不开灯 3. 白天不需要开灯，照光就够明亮 | | |
| 2.屋内的电灯开关都有明显的特殊设计（例如：有开关外环显示灯或萤黄贴条） | | |  | |  | |  | 1. 无明显特殊设计 2. 有明显特殊设计 | | |
| 3.光线强度不会让老年人感到眩晕或看不清物品位置 | | |  | |  | |  | 1. 光线较弱，看不清物品 2. 光线较强，使人感到眩晕 3. 光线强度适中，使人眼睛舒适且能看清楚物品 | | |
| 4.若有小地毯，小地毯内有牢固的防滑地垫 | | |  | |  | |  | 1. 无牢固的防滑地垫 2. 有牢固的防滑地垫 | | |
| 5.地板铺设不反光且防滑的材质 | | |  | |  | |  | 1. 铺设反光且不防滑的材质 2. 铺设不反光或防滑的材质 3. 铺设不反光且防滑的材质 | | |
| 6.走道装设有扶手或安全绳可协助老年人行动 | | |  | |  | |  |  | | |
| 7.家具（椅子、茶几等）足够坚固，可依靠它，协助行动时可以提供支持 | | |  | |  | |  | 1. 尖锐直角，易绊倒人 2. 圆弧形，不易绊倒人 | | |
| 8.家具（椅子、茶几等）边缘或转角处光滑无直角突出（圆弧形），不易绊倒人 | | |  | |  | |  | 1. 尖锐直角，易绊倒人 2. 圆弧形，不易绊倒人 | | |
| 9.家中老年人是否在床附近放有移动马桶或者便携式接尿器、插入式便器 | | |  | |  | |  | 1. 没有 2. 放有但须有家属辅助完成排泄 3. 放有且老年人自己使用 | | |
| 10. 家中老年人常使用的椅子高度（质地较硬）可使其容易起身及坐下，并配有扶手以协助移动 | | |  | |  | |  | 1. 椅子高度不适用老年人起身坐下且无扶手 2. 椅子高度适用老年人起身坐下并配有扶手 | | |
| 11.家中老年人是否使用助起沙发，辅助老年人起身站立 | | |  | |  | |  | 1. 未曾配有 2. 配有助起沙发但须有家属辅助完成站起 3. 配有助起沙发且老年人自己操作无障碍 | | |
| 12.老年人所需使用之设备（如轮椅、拐杖、半拐杖、辅助车等）都放在固定位置方便使用 | | |  | |  | |  | 1. 设备缺少或损坏 2. 未放在固定位置 3. 放在固定位置 | | |
| 13.运用对比的素色（非花色、波浪或斜纹）区分门内、楼梯及高度的变化（黄色和白色不易分辨，应避免） | | |  | |  | |  | 1. 未做对比区分 2. 有对比区分 | | |
| 14.无高度与地面落差太大的门槛 | | |  | |  | |  | 1. 落差超过10cm以上 2. 落差在10cm以内 3. 无落差（0cm平的） | | |
| 15.延长线与电线是否固定 | | |  | |  | |  | 1. 无固定且易绊倒人 2. 固定且不易绊倒人 | | |
| 16.门距够宽，可让老年人容易进出 | | |  | |  | |  | 1. 宽度在90cm以下 2. 宽度在90—100cm 3. 宽度在100cm以上 | | |
| 17.门把采用T形把手 | | |  | |  | |  | 1. 不采用T形把手 2. 采用T形把手 | | |
| 18.走道宽度维持在120cm以上，并维持畅通（方便轮椅在走道上有回转空间） | | |  | |  | |  | 1. 宽度在120cm以下 2. 宽度等于120cm 3. 宽度在120cn以上 | | |
| 19.地面防滑 | | |  | |  | |  | 1. 防滑效果较差 2. 防滑效果良好 3. 防滑效果显著 | | |
| 整体安全性及舒适性评估合计19个测量项，总分值为57分，单项评估未达最高分，则需要进行相对应的适老化改造。 | | | | | | | | | | |
| （二）浴室 | | | 分数 | | | | | 备注 | | |
| \*浴室与厕所分开  \*到浴室的通道能无障碍行动 | | | 1 | | 2 | | 3 | 1不好 2普通 3良好 | | |
| 1.门槛与地面落差不大，不会让人绊倒 | | |  | |  | |  | 1. 门槛超过20cm以上 2. 门槛不再15-20cm 3. 门槛在10-15cm | | |
| 2.地板经常保持干燥 | | |  | |  | |  | 1. 经常潮湿 2. 偶尔潮湿 3. 地板干燥 | | |
| 3.浴室地板铺设防滑排水垫 | | |  | |  | |  | 1. 未铺设防滑排水垫 2. 有铺设防滑排水垫 | | |
| 4.浴室是否使用洗澡椅 | | |  | |  | |  | 1. 不使用 2. 使用且需要家属照护 3. 使用且不需家属照护 | | |
| 5.浴缸或淋浴间有防滑条或防滑垫 | | |  | |  | |  | 1. 无防滑条或防滑垫 2. 有防滑条或防滑垫 | | |
| 6.浴缸高度低于膝盖 | | |  | |  | |  | 1. 高度>膝盖 2. 高度=膝盖 3. 高度<膝盖 | | |
| 7.浴缸旁有防滑椅坐着休息 | | |  | |  | |  | 1. 无防滑椅 2. 有其他东西可以坐着休息 3. 有防滑椅 | | |
| 8.浴缸旁设有抓握的固定扶手可用，且扶手高度80-85cm，与墙壁间隔5-6cm | | |  | |  | |  | 1. 未设有扶手 2. 设有扶手，但高度不适当 3. 扶手高度在80-85cm，与墙壁间隔5-6cm | | |
| 9.马桶旁设有抓握的固定扶手可用，且扶手高度42-45cm | | |  | |  | |  | 1. 未设有扶手且高度不适当 2. 设有扶手或高度不适当 3. 高度适当约40cm | | |
| 10.洗手台旁设有抓握的固定扶手可使用 | | |  | |  | |  | 1. 未设有扶手 2. 设有扶手可使用 | | |
| 11.使用坐式马桶且高度适当，可方便老年人起身及左下 | | |  | |  | |  | 1. 非坐式马桶 2. 坐式马桶但高度不适当 3. 高度适当约40cm | | |
| 12.热水器应设置于室外通风的地方 | | |  | |  | |  | 1. 设置室内 2. 设置室外但不通风的地方 3. 设置室外且通风的地方 | | |
| 13.加装夜间照明装置，例如感应式或触控式小灯 | | |  | |  | |  | 1. 未装有夜间小灯 2. 装有夜间小灯 | | |
| 14.蹲坑加装坐便器 | | |  | |  | |  | 1. 未装有坐便椅 2. 装有坐便椅 | | |
| 浴室安全性及舒适性合计14个测量项，总分值为38分，单项评估未达最高分，则需要进行相对应的适老化改造。 | | | | | | | | | | |
| （三）卧室 | | | 分数 | | | | | 备注 | | |
| 1 | | 2 | | 3 | 1不好 2普通 3良好 | | |
| 1.夜灯火或床侧灯光足够提供夜晚行动 | | |  | |  | |  | 1. 没有留夜灯 2. 留有夜灯但光度不足够 3. 光度足够 | | |
| 2.从床到浴室的通道能无障碍行动（尤其是晚上）  \*卧室放有便器 | | |  | |  | |  | 1. 通道有障碍且影响行走 2. 通道有障碍不影响行走 3. 通报无障碍 | | |
| 3.床的高度合适（膝盖高度，45-50cm）上下床能安全移动 | | |  | |  | |  | 1. 膝盖高度低于45cm以下或高于50cm以上 2. 膝盖高度45-50cm | | |
| 4.床垫边缘能防止下跌，床垫的质地较硬（以提供良好的坐式支持） | | |  | |  | |  | 1. 两者均未符合 2. 地板不滑或平整无突出 3. 地板不滑且平整无突出 | | |
| 5.地板不滑且平整无突出，不会被绊倒 | | |  | |  | |  | 1. 两者均未符合 2. 地板不滑或平整无突出 3. 地板不滑且平整无突出 | | |
| 6.老年人能从橱架上拿取物品，而不需踮脚尖或椅子 | | |  | |  | |  | 1. 需要椅子 2. 需要踮脚尖 3. 不需踮脚尖或椅子 | | |
| 7.家具及墙壁有特殊防护设计（如铺设软布、转角处有装上保护装置） | | |  | |  | |  | 1. 无特殊防护设计 2. 有特殊防护设计 | | |
| 8.床边放置手电筒与电话（手机） | | |  | |  | |  | 尚未放置两者东西  放置手电筒或电话  放置手电筒与电话 | | |
| 卧室安全性及舒适性评估合计8个测量项，总分值为22分，单项评估未达最高分，则需要进行相对应的适老化改造。 | | | | | | | | | | |
| （四）厨房 | | | 分数 | | | | | 备注 | | |
| 1 | | 2 | | 3 | 1不好 2普通 3良好 | | |
| 1.老年人能够拿到储藏室的东西，不需踮脚尖或椅子 | | |  | |  | |  | 1. 需要椅子 2. 需要踮脚尖 3. 不需踮脚尖或椅子 | | |
| 2.地板是保持干燥不油腻 | | |  | |  | |  | 1. 潮湿且油腻 2. 潮湿或油腻 3. 干燥不油腻 | | |
| 3.有布制的防滑垫在地上，以吸收溅出的水分及油类 | | |  | |  | |  | 1. 无布制的防滑垫 2. 其他材质防滑垫 3. 布制的防滑垫 | | |
| 4.厨房设计符合人体工学，操作台的高度不超过79cm | | |  | |  | |  | 1. 高度超过79cm 2. 高度不超过79cm | | |
| 5.如果要拿较高的东西，踏脚凳的高度适当 | | |  | |  | |  | 1. 高度超过25cm以上 2. 高度20cm-25cm 3. 高度15cm-20cm | | |
| 6.踏脚凳的踏板无损坏且能防滑 | | |  | |  | |  | 1. 踏板已损坏 2. 踏板无防滑 3. 踏板无损坏且能防滑 | | |
| 7.踏脚凳的脚架够坚固而无磨损 | | |  | |  | |  | 1. 踏板已损坏 2. 踏板无坚固 3. 踏板够坚固且无磨损 | | |
| 8.照明充足，尤其是在夜间留有一盏小灯 | | |  | |  | |  | 1. 照明不足且未留小灯 2. 照明不足或未留小灯 3. 照明充足且留有小灯 | | |
| 厨房安全性及舒适性评估合计8个测量项，总分值为32分，单项评估未达最高分，则需要进行相对应的适老化改造。 | | | | | | | | | | |
| 居家环境安全  评估情况 | | | 整体 | | | | □1分 □2分 □3分 | | | |
| 浴室 | | | | □1分 □2分 □3分 | | | |
| 卧室 | | | | □1分 □2分 □3分 | | | |
| 厨房 | | | | □1分 □2分 □3分 | | | |
| 四、康复辅助器具需求评估 | | | | | | | | | | |
| 助餐辅助 | | | □喂食器 □软勺 | | | | | | | |
| 助行辅助 | | | □助行器 □拐杖 □轮椅 | | | | | | | |
| 如厕辅助 | | | □坐便器 □接尿器 □接便器（便盆） □扶手 | | | | | | | |
| 洗浴辅助 | | | □沐浴椅 □洗头盆 □洗浴床 □扶手 | | | | | | | |
| 感知辅助 | | | □老年人放大镜 □助听器 | | | | | | | |
| 康复辅助 | | | □上下肢康复训练器 □穿衣板 □OT桌 □PT床  □康复脚踏车 | | | | | | | |
| 照护辅助 | | | □护理床 □褥疮垫 □床边桌 □转移板  □移位器 □尿垫 □口腔清洁刷 | | | | | | | |
| 智能辅助 | | | □智能家居系统 □紧急救援呼叫系统 □远程监控系统 | | | | | | | |
| 用户对居家环境  安全有何需求 | | | 1. 整体：□过道扶手 □防滑地垫 □安全护角 □家居挪移 □线路整理 □安全门把 2. 浴室：□坐便器 □组合扶手 □防滑垫 □沐浴辅具 □夜间照明灯 3. 卧室：□床旁辅助 □防撞垫 □夜间照明灯 4. 厨房：□防滑垫 □防滑垫 □夜间照明灯 5. 其他： | | | | | | | |
| 居家环境适老化  安全改善建议 | | |  | | | | | | | |

居家环境适老化改造需求评估总结及改善：

工作人员（签名）：

附件：6

海州区特殊困难老年人家庭适老化改造

告 知 书

XXX先生（女士）：

经审核，您 符合（不符合）特殊困难老年人条件，特此通知。

XXX镇人民政府（街道办事处）

XX年XX月XX日

附件：7

海州区特殊困难老年人家庭适老化改造工程验收单

验收时间：     年    月    日 验收人（签字）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 老年人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 居住住址 |  | | |
| 工程开始日期 |  | 工程竣工日期 |  |
| 施工单位 |  | | |
| 施工现场负责人 |  | 联系方式 |  |
| 改造内容 |  | | |
| 验收人签字 | 改造内容属实，同意验收  签字：            年     月    日 | | |

附件：8

海州区困难老年人家庭适老化改造项目花名册

单位盖章： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 身份证号 | 家庭地址 | 联系方式 | 主要改造内容 | 改造费用（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

领导签字： 填表人 ： 联系电话：