附件6 编 号:

特殊困难老年人家庭适老化改造方案确认表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 老年人姓名 |  | | 性别 |  |
| 身份证号码 |  | | 联系电话 |  |
| 改造住址 |  | | | |
| 改  造  方  案  设  计 | **项目类型** | **改造内容** | **选择目录** | **预计费用（元）** |
| 地面改造 |  |  |  |
| 卧室改造 |  |  |  |
| 如厕洗浴设备改造 |  |  |  |
| 老年用品配置 |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |
| 结果  确认 | 本人及本组织承诺对以上评估结果负责，愿意承担因评估不当产生的一切不良后果。  评估人： （签字）  评估组织： （盖章） 年 月 日 | | | |
| 本人认同上述评估结果，确认按评估结果进行施工改造，愿意承担因施工改造产生的影响。  老年人（监护人）： （签字）  家庭成员： （签字） 年 月 日 | | | |
| 审批  意见 | 乡镇（街道）： （盖章）  审核人： （签字） | | 县、市、区民政部门： （盖章）  审批人： （签字） | |