附件1

宁夏重度贫困残疾人对家庭无障碍环境需求程度评估（信息采集）表

个案编号：　　　　个案姓名：　　　　　性别：□男　□女　　年龄：

残疾人证号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　联系电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.残疾程度 | 类　别 | 多重□　肢体□　视力□　听力□　其他□ | 等级 | 一级□　二级□三级□　四级□　  |
| 功能障碍程度 | 高□　中□　低□ | 功能补偿方式 | 他人照料□　依赖辅具□ |
| 2.家务参与情况 | 能做的家务 | 做饭□　洗衣服□　　其他： |
| 不做家务原因 | 环境障碍□　身体障碍□　有人照料□　　其他： |
| 3.生活自主情况 | 移动 | 环境障碍□　身体障碍□　缺乏辅具□ |
| 洗漱 | 环境障碍□　身体障碍□ |
| 如厕 | 环境障碍□　身体障碍□ |
| 就寝 | 环境障碍□　身体障碍□ |
| 4.社会参与情况 | 出家门 | 屋前屋后□　居住小区□　　周边集镇、街道□ |
| 不出家门 | 环境障碍□　身体障碍□　　缺乏辅具□ |
| 信息交流 | 有障碍□　（原因：　　　　　　　　　　　　　　　）无障碍□ |
| 家庭无障碍需改造内容 | 地面平整 （平方米）；坡化 （处）；房门改造 （个）。厨房：低位灶台 （个）；卧室：安装扶手 （副）。卫生间：安装扶手 （副）；安装坐便器 （个）；浴凳 （个）。其他： 。预计经费： 元。 |
| 评估得分 | 评估员（信息采集员）：　　　　　　　日期： |
| 评估结果 | 受理□ | 不受理□　　原因：　　　　　　　　　 |
| 乡镇（街道）残联意见 | 负责人签名：日期：　　　年　月　　日 | 县级残联审核意见 | 　　　　　　　单位公章：　　　日期：　　　　年　　月　　日 |
| 评分说明 | 1.第１至４栏后各项内容中，带“□”的选择项降序记分，如“功能障碍程度”中“高”、“中”、“低”三项分别记3、2、1分，以此类推；2.本表各项均为单选，其中第4栏中有“互斥性”选项，不得兼选；3.如服务对象中有多人残疾的，则需分别填写，累计评分。 |