附件1

农村留守老年人信息采集表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、老年人信息** | | | | | | | | |
| 基本  情况 | 姓 名 |  | | 性 别 |  | 民 族 |  | |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  | | |
| 是否当地户口 | | ○是 ○否 | 户籍所在地（居住地址） | |  | | |
| 是否为失独家庭 | | ○是 ○否 | | | | | |
| 身体状况 | | ○健康 ○半失能 ○失能 | | | | | |
| 患病类型 | |  | | | | | |
| 生活状况 | | ○良好 ○一般 ○贫困 | | | | | |
| 主要经济来源 | |  | | | | | |
| 保障救助帮扶情 况 | 是否享受低保 | | | | ○是 ○否 | | | |
| 是否领取农村居民基本养老保险 | | | | ○是 ○否 | | | |
| 是否领取高龄补贴 | | | | ○是 ○否 | | | |
| 是否享受残疾人两项补贴 | | | | ○是 ○否 | | | |
| 是否享受经济困难老年人补贴 | | | | ○是 ○否 | | | |
| 健康管理情况 | 是否建立健康档案 | | | | ○是 ○否 | | | |
| 是否享受免费体检 | | | | ○是 ○否 | | | |
| 是否签约家庭医生 | | | | ○是 ○否 | | | |
| **二、子女信息** | | | | | | | | |
| 子女姓名 | |  | | 性 别 |  | 民 族 |  | |
| 身份证号 | |  | | | 联系电话 |  | | |
| 外出原因 | |  | | 外出地点 |  | 计划返回时间 | |  |
| 配偶姓名 | |  | | 外出地点 |  | 计划返回时间 | |  |
| 身份证号 | |  | | | 联系电话 |  | | |
| 子女姓名 | |  | | 性 别 |  | 民 族 |  | |
| 身份证号 | |  | | | 联系电话 |  | | |
| 外出原因 | |  | | 外出地点 |  | 计划返回时间 | |  |
| 配偶姓名 | |  | | 外出地点 |  | 计划返回时间 | |  |
| 身份证号 | |  | | | 联系电话 |  | | |
| **三、定期探访联系人信息** | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | 政治面貌 | ○中共党员○群众○其他 | | |
| 所在单位 | |  | | | 联系电话 |  | | |