附件4

困难重度残疾人家庭无障碍改造需求评估表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 年龄 |  | 残疾证号 | |  | |
| 残疾  类别 | □视力 □听力 □言语 □肢体 □智力  □精神 □多重（ ） | | | | | | | | 残疾  等级 | □一级  □二级 | |
| 家庭情况  （可多选） | □城乡低保 □特困人员 □防返贫监测户 □低保边缘户  □刚性支出困难 □就业年龄段 □一户多残 □老残同户（老残一体、以老养残） | | | | | | | | | | |
| 改造  需求  评估 | A：全域场景共性改造 | | | | 改造需求度：□高 □中 □低 □无需求 | | | | | | 评估得分： |
| B：户内院落改造 | | | | 改造需求度：□高 □中 □低 □无需求 | | | | | |
| C：入户出入改造 | | | | 改造需求度：□高 □中 □低 □无需求 | | | | | |
| D：客厅卧室改造 | | | | 改造需求度：□高 □中 □低 □无需求 | | | | | |
| E：厨房改造 | | | | 改造需求度：□高 □中 □低 □无需求 | | | | | |
| F：卫浴改造 | | | | 改造需求度：□高 □中 □低 □无需求 | | | | | |
| 评估小组意见 | □经评估，符合我县 年度残疾人家庭无障碍改造资助对象条件。  拟改造内容：      □经评估，暂不列入我县 年度残疾人家庭无障碍改造资助对象。  原因：  评估人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 县残联意见 | | （县残联单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

填表说明：

1.评分规则：ABCDEF指标“高”、“中”、“低”、“无需求”四项分别记3、2、1、0分，总得分即为评估得分；

2.“拟改造内容”为需求评估小组经评估确定的内容，须按照2024版指导目录规范填写；

3.“评估人”为参与评估的评估小组成员（签字人员不少于3人）；

4.如残疾类别勾选“多重”，需标注不同残疾类别，并按最高残疾等级确定多重等级。