

杭州市临安区计划生育协会

杭州市临安区民政局 文件

杭州市临安区财政局

临计生协〔2021〕2号

关于印发《杭州市临安区计划生育特殊家庭
居家养老服务工作方案》的通知

各镇（街道）人民政府（办事处），有关部门：

现将《杭州市临安区计划生育特殊家庭居家养老服务
工作方案》的通知印发给你们，请认真贯彻执行。

杭州市临安区计划生育协会

杭州市临安区民政局

杭州市临安区财政局

2021年4月22日

杭州市临安区计划生育特殊家庭 居家养老服务工作方案

为进一步做好计划生育特殊家庭扶助工作，根据国家卫生健康委员会办公厅 中国计划生育协会办公室《关于开展“暖心行动”的通知》（国卫办人口发〔2019〕18号）文件精神，结合浙江省、杭州市有关做好计划生育特殊家庭扶助工作要求，特制定杭州市临安区计划生育特殊家庭居家养老服务工作方案，具体如下：

一、服务对象

凡具有本区户籍，自觉执行计划生育政策，未违反政策法规生育子女，独生子女被依法鉴定为残疾（伤病残达到三级以上）或独生子女死亡后未再生育或收养子女的计划生育特殊家庭。

二、服务内容

1. 日常家政服务：打扫居室、整理房间、清洁厨房、洗衣洗被、擦玻璃窗等；
2. 生活照料服务：洗菜做饭、买菜购物；陪同理发或上门免费理发（修脚）、洗头擦身、修剪指甲、代办证件等；
3. 医疗协助服务：陪同看病、陪同输液、医护协助、住院护理、配药买药、康复保健等；

三、服务标准

一类服务对象：80周岁以上或持有一级、二级肢体残疾、视力残疾或四级以上精神、智力残疾证的计划生育特殊家庭

服务标准：3小时/户/每周，每小时服务费为20元，合计240元/月/户。

二类服务对象：独居、70-79周岁、低保户、低保边缘户、或持有除一类服务对象以外的残疾证的计划生育特殊家庭

服务标准：3小时/户/两周，每小时服务费为20元，合计120元/月/户。

三类服务对象：除一类、二类服务对象以外的其他计划生育特殊家庭

服务标准：3小时/户/每月，每小时服务费为20元，合计60元/月/户。

服务对象根据自身的实际需求，选择服务内容，每月服务时间经双方协商后相对固定，原则上每月都要完成服务时间，确因特殊情况，可灵活调整，但一年内必须完成所有服务小时。

计划生育特殊家庭居家养老服务与区民政局养老服务电子津贴不重复享受。

四、申请方法

(1) 自愿申请。根据自愿接受服务的原则，由本人或亲属代为提出申请，填写好《杭州市临安区计划生育特殊家庭居家养老服务申请表》（附件1），并提供申请人身份证或户口簿复印件、残疾证等相关证明材料交村(社区)。

(2) 村(社区)初审。村(社区)收到相关申请后，采取入户调查、邻里访问等形式对申请人情况进行核查，签

署核查意见后上报镇（街道）计生协。

（3）镇（街道）计生协复审。镇（街道）计生协对申请人的情况进行复审，签署复审意见，报区计生协综合科。

（4）区计生协核准。对镇（街道）的复审材料进行核准，签署意见，发放居家养老服务卡。

（5）对符合条件的服务对象，由镇街计生协领取居家养老服务卡并及时发放，镇街计生协和村（社区）协同做好使用、登记、管理工作。居家养老服务卡由镇、街道计生协和受委托第三方专业机构每半年向区计生协结算一次。

五、工作职责

（一）区计生协会：负责协调有关部门开展计划生育特殊家庭居家养老服务工作，认真搞好调查摸底，拟定方案，做好具体项目经费测算，对象确定。

（二）区财政局：负责将计划生育特殊家庭居家养老服务经费列入年度预算，确保资金足额拨付到位，指导督促区计生协会做好专项资金管理工作。

（三）区民政局：协助区计生协会做好计划生育特殊家庭居家养老服务工作，共享居家养老服务信息平台，委托有资质、有实力的第三方专业机构进行统一管理，在做好居家养老服务的同时，优先为计生特殊家庭老年人提供优质便捷的居家养老服务。

（四）镇（街道）计生协：负责本行政区域的计生特殊家庭居家养老服务工作，会同镇（街道）民政办共同做好基础工作，建立服务台帐和服务档案，同时建立养老服务需求

评估制度，确保社会福利资源公平使用。

六、本方案自 2021 年 5 月 22 日实施，由杭州市临安区计划生育协会负责解释。原《关于印发<计划生育特殊家庭居家养老服务工作试行方案>的通知》（临计生协〔2017〕3 号）文件同时废止。

附件 1

杭州市临安区计划生育特殊家庭居家养老服务申请表

申请人信息			
丈夫信息		妻子信息	
姓名		姓名	
身份证号		身份证号	
年龄		年龄	
民族		民族	
籍贯		籍贯	
联系电话		联系电话	
残疾状况	<input type="checkbox"/> 有残疾证 <input type="checkbox"/> 无残疾证	残疾状况	<input type="checkbox"/> 有残疾证 <input type="checkbox"/> 无残疾证
残疾类别	<input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 精神残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾	残疾类别	<input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 精神残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾
残疾等级	<input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级	残疾等级	<input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 四级
家庭状况	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离异		
居住状况	<input type="checkbox"/> 夫妻同住 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 与亲友同住		
经济条件	<input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘户		
紧急联系人		紧急联系电话	
户籍所在地	_____区(县)_____街道(镇)_____社区(村) _____		
实际居住地	_____区(县)_____街道(镇)_____社区(村) _____		
服务标准	<input type="checkbox"/> 一类 <input type="checkbox"/> 二类 <input type="checkbox"/> 三类		
计生特殊家庭类别	<input type="checkbox"/> 失独 <input type="checkbox"/> 伤残		
代理人信息			
代理人身份证号		代理人姓名	
代理人联系电话			
代理人与申请人关系	<input type="checkbox"/> 婿/媳 <input type="checkbox"/> (外) 孙子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
代理人地址			

本人已充分了解申请计生特殊家庭居家养老服务所需条件，对以上信息真实性负完全责任。

申请人（代理人）签字：

年 月 日

村（社区）委员会 初审意见	经办人： 负责人： 年 月 日（盖章）
镇街审核意见	经办人： 负责人： 年 月 日（盖章）
区计生协确认意见	经办人： 负责人： 年 月 日（盖章）
备注	

2
0
3