**特殊群体月探访关爱服务记录表**

**年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、探访对象基本情况 | | | | | | | | | | | |
| **家庭住址** | **县（市）区乡镇（街道）村（居）** | | | | | | **是否居住在户籍所在地** | | | | **□是□否** |
| **被探访人姓名** |  | **联系电话** |  | | **紧急联系人** | |  | | **联系电话** | |  |
| **是否残疾** | **□是□否** | **残疾人证号** |  | | **是否独居、空巢** | | | | **□是□否** | | |
| **是否留守** | **□是□否** | **是否失能** | **□是□否** | | **是否计划生育特殊家庭老年人** | | | | **□是□否** | | |
| **是否孤儿** | **□是□否** | **是否事实无人抚养** | | **□是□否** | | | | **是否留守儿童** | | **□是□否** | |
| 二、家庭基本情况 | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **公民身份证号** | | | | **与户主关系** | | **健康状况** | | **是否低保/特困** |
| **户主** |  |  |  | | | |  | |  | | **□是□否** |
| **2** |  |  |  | | | |  | |  | | **□是□否** |
| **3** |  |  |  | | | |  | |  | | **□是□否** |
| 三、家庭生活条件 | | | | | | | | | | | |
| **饮水是否安全** | | |  | | | | | | | | |
| **生活用电是否安全** | | |  | | | | | | | | |
| **住房是否安全** | | |  | | | | | | | | |
| **家庭每月收入（元）** | | |  | | | | | | | | |
| **家庭每月领取养老保险、社会救助和社会福利补贴等情况** | | |  | | | | | | | | |
| 四、已享受帮扶情况 | | | | | | | | | | | |
| **帮扶单位（组织）** | **□党政机关、群团组织□乡镇（街道）、村（居）委员会**  **□企业□社会组织□专业社会工作者□志愿者□其他** | | | | | | | | **帮扶责任人** | |  |
| **帮扶措施** |  | | | | | | | | | | |
| 五、探访情况 | | | | | | | | | | | |
| **第 次探访**  **年 月 日** | **探访方式** | **□电话问候□上门探访□互联网音（视）频探访□其他** | | | | | | | | | |
| **家庭状况** | **人口变化** | **□无变化□增加人□减少人** | | | | | | | | |
| **健康状况** | **表达能力** | **□无变化□较好□较差** | | | | | | | | |
| **行动能力** | **□无变化□较好□较差** | | | | | | | | |
| **疾病状况** | **□无变化□严重疾病名称：□转好** | | | | | | | | |
| **精神状态** | **情绪状态** | **□无变化□较好□较差** | | | | | | | | |
| **安全情况** | **燃气安全** | **□安全□较安全□不安全** | | | | | | | | |
| **水暖安全** | **□安全□较安全□不安全** | | | | | | | | |
| **用电安全** | **□安全□较安全□不安全** | | | | | | | | |
| **卫生状况** | **个人卫生** | **□无变化□较好□较差** | | | | | | | | |
| **家庭卫生** | **□无变化□较好□较差** | | | | | | | | |
| **居住环境** | **室内环境** | **□无变化□较好□较差** | | | | | | | | |
| **服务需求：** | | | | | | | | | | |
| **实施关爱服务建议：** | | | | | | | | | | |
| **探访人员（签字）** | | | | | **被探访人（签字）** | | | | | |
| 六、关爱服务情况 | | | | | | | | | | | |
| **第 次关爱**  **年 月 日** | **关爱服务情况：**  **服务人员签字（盖章）：年月日** | | | | | | | | | | |
| **服务满意度评价：** | | | | | | | | | | |