

杭州市西湖区民政局  
杭州市西湖区财政局

# 文件

西民〔2021〕38号

## 关于印发《西湖区建立养老服务电子津贴制度实施办法》的通知

各镇人民政府、街道办事处：

现将《西湖区建立养老服务电子津贴制度实施办法》印发给你们，请结合实际，认真贯彻落实。

杭州市西湖区民政局

杭州市西湖区财政局

2021年5月21日

# 西湖区建立养老服务电子津贴制度实施办法

为贯彻落实《杭州市居家养老服务条例》，深化我区养老服务改革，全面提升养老服务质量，增强养老服务供给保障，根据《杭州市民政局 杭州市财政局关于印发〈杭州市养老服务电子津贴制度的实施意见〉的通知》（杭民发〔2020〕108号）等文件精神，现就建立西湖区养老服务电子津贴制度提出如下实施办法。

## 一、基本原则

（一）保障基本，适度普惠。积极应对人口老龄化，持续完善以居家为基础的养老服务体系。根据不同年龄情况、经济条件和身体状况，结合本地实际，为老年人享受养老服务提供保障，逐步形成合理保障梯度。

（二）需求导向，精准服务。立足基本养老服务需求，加强老年人能力评估体系建设，优先保障失能失智老年人服务需求，为老年人自愿、就近选择养老服务提供便利。

（三）志愿服务，社会参与。深化放管服改革，激发养老服务市场活力，通过社会力量参与、志愿服务提供等多种形式进一步丰富养老服务供给，提升服务专业化水平。

（四）创新机制，加强监管。加强“互联网+养老”信息技术应用，探索和实施数字支付、统一支付模式，实现数据归集和闭环管理。

## 二、发放对象和发放标准

（一）具有西湖区户籍并居住在杭州市，年满60周岁的老年人，享受政府提供的养老服务主要包括高龄普惠服务和失能失智照料服务。

## 1、高龄普惠服务。

在享受智慧呼叫服务基础上，80至89周岁老年人享受每人每月40元电子津贴，其中孤寡、独居、空巢老年人享受每人每月70元电子津贴；90周岁及以上老年人享受每人每月100元电子津贴。智慧呼叫服务按照《杭州市民政局 杭州市财政局关于提升全市智慧养老综合服务工作的通知》（杭民发〔2019〕100号）执行。

## 2、失能失智照料服务。

（1）计划生育特殊家庭和最低生活保障家庭、最低生活保障边缘家庭、支出型贫困基本生活救助家庭中，经评估为中度失能失智的老年人享受每人每月1330元电子津贴；经评估为重度失能失智的老年人享受每人每月1820元电子津贴。

（2）中低收入老人中，经评估为中度失能失智的老年人享受每人每月420元电子津贴；经评估为重度失能失智的老年人享受每人每月700元电子津贴。中低收入界定：老年人养老金收入低于上一年度杭州市城镇居民人均生活消费支出水平。区民政局根据上一年度杭州市国民经济和社会发展统计公报调整。

（二）具有西湖区户籍并居住在西湖区，年满60周岁的特殊老年人，享受政府提供的特殊对象养老服务。

1、最低生活保障家庭每人每月发放325元电子津贴。

2、持证重点优抚对象、老劳模、老居（村）干每人每月发放50元电子津贴。

3、失独家庭每人每年发放900元电子津贴。

4、除上述人员外的 70-79 周岁老年人，每人每年发放 100 元电子津贴。

（三）不叠加享受的情形：

1、养老服务电子津贴与特困人员救助供养、重度残疾人护理补贴、入住养老机构护理补贴和家庭养老床位补助等不叠加享受。

2、高龄普惠服务、失能失智照料服务和特殊对象养老服务三类电子津贴按就高原则，不叠加享受。

### 三、发放形式和使用范围

（一）养老服务电子津贴作为老年人享受政府提供服务的电子权益，依托杭州市“互联网+养老”系统平台定期发放至老年人本人社保卡（市民卡）养老服务专户中。养老服务电子津贴不可提现，采用虚拟额度后结算制，由区民政局按照老年人实际使用情况结算。

（二）养老服务电子津贴可用于支付中标服务商提供的养老服务项目和居家养老服务中心开展的相关项目，抵缴入住西湖区养老机构床位费、护理费等服务开支。

### 四、办理程序

（一）信息录入。高龄普惠服务无需申请，户籍地镇（街道）应主动发现并确认享受对象。失能失智照料服务由申请人本人向户籍地或居住地镇（街道）提出申请，提交《养老服务电子津贴申请表》（见附件 2）。因客观原因无法提出申请的，可由监护人、家庭成员或所在村（居）委会代为申请。

（二）受理评估。镇（街道）对于申请材料齐全、符合规定格式的应当场受理，核实老年人收入情况。需要能力评估的老年人，由确定的评估机构开展评估。老年人能力评估

相关标准和要求按照《杭州市民政局等四部门关于印发〈杭州市老年人能力评估管理办法（试行）〉的通知》（杭民发〔2019〕44号）执行。今后评估政策有变化的，从其规定。

（三）审核公示。各镇（街道）根据申请材料和评估结果进行审核，并将审核结果在申请地村（居）委会公示至少5个工作日。公示无异议的报区民政局。群众有异议的应进行复核评估，复核评估结果为最终结果，复核评估后不符合条件的，3个工作日内书面通知申请对象。

（四）审批。区民政局对镇（街道）上报的材料进行审批。批准养老服务电子津贴的，从批准之日次月起享受；未予批准的，由镇（街道）书面通知申请人，申请人可在6个月后再次申请。

（五）清退。享受养老服务电子津贴对象有以下情形之一的，应当及时停发：

1、身份不再符合计划生育特殊家庭、最低生活保障家庭、最低生活保障边缘家庭、支出型贫困基本生活救助家庭条件的；

2、老年人养老金收入高于上一年度杭州市城镇居民人均生活消费支出水平的；

3、老年人经过康复治疗能力评估达到轻度或完全自理的；

4、能力评估到期（评估结论有效期2年），其本人或代理人未提出重新能力评估的；

5、超过6个月失去联系的。

养老服务专户实行动态管理，区民政局及时清退不符合

条件的对象。老人去世次月停发养老服务电子津贴并停止使用社保卡（市民卡）养老服务专户，养老服务电子津贴失效。

## 五、其他事项

（一）人户分离的老年人，可由区民政局委托居住地民政部门负责评估与服务，电子津贴发放按照西湖区相关规定执行。

（二）老年人养老金收入的统计，包括职工基本养老保险金、城乡居民社会养老保险、经合社股份制分红。含基本养老金、物价补贴、生活补贴，但不含清凉费、抚恤金、高龄津贴、过节慰问费。

（三）按规定实施老年人能力评估，首次评估费用由财政保障。老年人再次评估或对评估结果有异议且复核评估维持原结果的，评估费用由老人自理，可使用养老服务电子津贴抵扣。

（四）享受对象提供虚假材料或做虚假陈述经查实的，责令退回非法获取的电子津贴，并根据相关规定处理。

## 六、工作要求

（一）加强组织领导。各镇（街道）要高度重视老年人服务保障，通过实施养老服务电子津贴增加服务供给、提高服务质量，做好与原有制度的过渡衔接，促进幸福养老示范区建设。

（二）加强资金保障。各镇（街道）要做好养老服务电子津贴资金测算和发放工作。老年人能力评估费用由区级财政承担，养老服务电子津贴所需资金由区、镇街两级按照 1：1 承担（其中区与双浦镇 4：1）。

（三）加强监督管理。各镇（街道）要加强资金使用管

理，组织专项检查和抽查，杜绝出现挤占、挪用、截留、套取等现象，自觉接受社会监督和审计部门审计。

（四）加强资源整合。各镇（街道）应充分挖掘为老服务资源，将目前已有的居家机构运营服务、村（社区）助老员走访探视、助餐等服务进行整合，加强养老服务志愿者队伍和“幸福银行”建设，提高财政资金使用绩效。

（五）加强宣传引导。各镇（街道）、村（社区）应当做好基层工作人员培训，贯彻落实“最多跑一次”要求，通过多种途径和媒介宣传养老服务电子津贴制度，使老年人及家属知晓制度和办理程序；同时，在日常工作中了解和掌握辖区符合电子津贴条件的对象，主动告知电子津贴政策，并协助其提出申请。

## 七、实施时间

本办法自 2021 年 5 月 21 日起实施。

- 附件：1、西湖区养老服务电子津贴使用指导目录  
2、西湖区养老服务电子津贴申请表  
3、享受养老服务电子津贴对象公示  
4、享受政府养老服务电子津贴对象确认表  
5、西湖区老年人能力评估复核结果告知书

## 附件 1:

## 西湖区养老服务电子津贴使用指导目录

| 序号 | 服务项目       | 服务内容  | 备注                |
|----|------------|---|-------------------|
| 1  | 基本生活照料     | 身体清洁、衣物穿脱、协助移动、喂食喝水、排泄清洁等                   | 可根据老人需求提供固定频次的服务包 |
| 2  | 助餐         | 送餐、取餐和做餐等                                   | 不含食材费             |
| 3  | 助浴         | 擦浴、淋浴和外出送浴等                                 |                   |
| 4  | 助洁         | 清洁老年人居室，清洗老年人衣物                             |                   |
| 5  | 助行         | 协助老年人室内外散步、外出等                              |                   |
| 6  | 代办         | 帮助老年人外出办理社会事务活动等                            |                   |
| 7  | 理发修面       | 修剪头发，刮胡须                                    |                   |
| 8  | 家电维修       | 家用电器维修                                      | 材料费另计             |
| 9  | 管道疏通       | 家用管道疏通                                      | 材料费另计             |
| 10 | 助医服务       | 协助监护人陪送老年人就医，代为挂号、配药、取药、取化验单等               |                   |
| 11 | 健康管理       | 体温、脉搏、呼吸、血压等生命体征测量、记录及健康预防管理                |                   |
| 12 | 康复护理       | 肢体功能训练、口面部训练、康复推拿等                          |                   |
| 13 | 日托服务       | 由居家养老服务机构提供日托照料服务                           | 不含餐费              |
| 14 | 精神慰藉       | 心理咨询和疏导，帮助解决老年人情绪、情感和家庭问题                   |                   |
| 15 | 辅具租赁       | 适老化康复辅助器具租赁                                 | 不可用于押金            |
| 16 | 家庭适老化改造    | 提供家庭适老化设计和改造                                | 适用于基础改造服务包        |
| 17 | 家庭养老床位照护服务 | 依托有资质的养老服务机构，提供必要的设施设备，为居家老年人提供专业规范的机构式照护服务 |                   |
| 18 | 老年人能力评估    | 对老年人日常生活活动能力、认知能力、精神状态与社会交流能力等进行综合评估        |                   |
| 19 | 机构养老服务     | 可抵扣老年人入住养老机构床位费、护理费                         |                   |
| 20 | 其他服务       | 区、县（市）民政部门认可的其他服务                           |                   |



## 附件 2:

## 西湖区养老服务电子津贴申请表

| 申请人信息   |  |          |  |
|---|--|----------|--|
| 申请类型  | <input type="checkbox"/> 首次 <input type="checkbox"/> 复核 <input type="checkbox"/> 变更  |          |  |
| 姓名  |  | 身份证号     |  |
| 性别  |  | 年龄       |  |
| 联系电话  |  | 紧急人和联系电话 |  |
| 户籍所在地   | _____区_____镇(街道)_____村(社区)   |          |  |
| 实际居住地   | _____区_____镇(街道)_____村(社区)   |          |  |
| 婚姻状况  | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离异  |          |  |
| 家庭状况  | <input type="checkbox"/> 计划生育特殊家庭 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘<br><input type="checkbox"/> 低养老金收入,_____元/月(申请前 12 个月)   |          |  |
| 居住状况  | <input type="checkbox"/> 与子女、亲友同住 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 空巢 <input type="checkbox"/> 孤寡  |          |  |
| 是否享受  | <input type="checkbox"/> 高龄普惠服务 <input type="checkbox"/> 特困人员救助供养<br><input type="checkbox"/> 养老服务补贴 <input type="checkbox"/> 重度残疾人护理补贴<br><input type="checkbox"/> 养老机构护理补贴 <input type="checkbox"/> 家庭养老照护床位补助     |          |  |
| 代理人信息   |  |          |  |
| 代理人姓名   |  | 代理人身份证号  |  |
| 代理人联系电话   |  | 代理人地址    |  |
| 代理人与申请人关系   | <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子/女 <input type="checkbox"/> 婿/媳 <input type="checkbox"/> (外) 孙子女<br><input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 其他_____ |          |  |
| <p>本人对以上信息真实性负完全责任,已充分了解申请补贴所需条件,如因申请条件达不到补贴标准重新申请评估、变更评估等级或评估结果到期重新评估产生的评估费用自理。</p> <p style="text-align: right;">申请人(代理人)签字:        年    月    日</p> |  |          |  |

附件 3:

## 享受养老服务电子津贴对象公示

|  |  |    |     |      |  |
|--|--|----|-----|------|--|
| 本村（居）民委员会_____，向镇人民政府（街道办事处）申请享受养老服务电子补贴。根据《杭州市养老服务电子津贴制度的实施意见》以及区相关配套政策文件规定，经镇人民政府（街道办事处）评估，现对申请人拟享受补贴情况予以公示。 |  |    |     |      |  |
| 姓名   |  | 性别 |     | 年龄   |  |
| 家庭住址   |  |    |     | 评估情况 |  |
| 拟补贴情况  |  |    |     |      |  |
| 评估结果：_____，月补助金额：_____。  |  |    |     |      |  |
| 公示时间：_____年_____月_____日—_____日（不少于5个工作日），  |  |    |     |      |  |
| 公示对象的失能等情况若与实际不符，单位和个人均可以书面、电话、来访等形式向村（居）委员会反映。单位反映问题的，须加盖公章；个人反映问题的，要求署真实姓名。反映情况、举报问题要客观公正、实事求是，严禁借机诽谤和诬告。    |  |    |     |      |  |
| 公示受理部门地址：  |  |    | 邮编： |      |  |
| 公示受理电话：0571-*****（村社电话、镇街电话），电话受理时间为公示期内每天 9:00 至 17:30。   |  |    |     |      |  |

公示单位（村社盖章）

年 月 日

附件 4:

## 享受政府养老服务电子津贴对象确认表

经 年 月 日—— 日公示，以下拟享受政府养老服务电子津贴对象，公示期间未收到任何异议。

| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 家庭地址 | 联系电话 | 评估结果 | 备注 |
|----|----|-------|------|------|------|----|
|    |    |       |      |      |      |    |
|    |    |       |      |      |      |    |
|    |    |       |      |      |      |    |
|    |    |       |      |      |      |    |
|    |    |       |      |      |      |    |
|    |    |       |      |      |      |    |
|    |    |       |      |      |      |    |

村社(盖章):

年 月 日

镇街(盖章):

年 月 日

附件 5:

## 西湖区老年人能力评估复核结果告知书

我机构于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日对\_\_\_\_\_老人  
(身份证号\_\_\_\_\_ )进行老人能力评估  
复核。

经复核,日常生活活动能力\_\_\_级,认知能力\_\_\_级,精神状况与  
社会交流能力评估\_\_\_级,最终评估结论为\_\_\_\_\_。

评估机构\_\_\_\_\_,评估员\_\_\_\_\_。

感谢您对我们工作的配合和支持,祝您健康长寿!

---

我收到了老年人能力评估复核结果告知单,认可此复核结果。

被评估人或代理人签字

\_\_\_\_年\_\_月\_\_日