**附件1**

社会救助申请（定期核查）表及授权书

（区） （街道、乡镇）

|  |
| --- |
| 本人现提出申请（﹡请在前小框内勾选）：  □城乡最低生活保障 □ 城乡低收入家庭 □ 城乡特困人员供养  □生活困难补助 □ 临时救助 □其他 |

1．家庭基本情况

家庭成员基本信息

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 申请人（持证人） | 家庭成员1 | 家庭成员2 | 家庭成员3 | 家庭成员4 |
| 姓名 |  |  |  |  |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |
| 健康状况 | □ 健康  □ 慢性疾病  □ 重大疾病  □ 其他 | □ 健康  □ 慢性疾病  □ 重大疾病  □ 其他 | □ 健康  □ 慢性疾病  □ 重大疾病  □ 其他 | □ 健康  □ 慢性疾病  □ 重大疾病  □ 其他 | □ 健康  □ 慢性疾病  □ 重大疾病  □ 其他 |
| 就业状况 | □ 单位就业  □ 灵活就业  □ 自谋职业（自主创业）  □ 未就业（其中已登记失业 □） | □ 单位就业  □ 灵活就业  □ 自谋职业（自主创业）  □ 未就业（其中已登记失业 □） | □ 单位就业  □ 灵活就业  □ 自谋职业（自主创业）  □ 未就业（其中已登记失业 □） | □ 单位就业  □ 灵活就业  □ 自谋职业（自主创业）  □ 未就业（其中已登记失业 □） | □ 单位就业  □ 灵活就业  □ 自谋职业（自主创业）  □ 未就业（其中已登记失业 □） |
| 未就业原由 | □怀孕  □在哺乳期  □ 长期照护家庭成员﹡  □ 单亲抚养学前儿童  □ 其他 | □怀孕  □在哺乳期  □长期照护家庭成员﹡  □ 单亲抚养学前儿童  □ 其他 | □怀孕  □在哺乳期  □长期照护家庭成员﹡  □ 单亲抚养学前儿童  □ 其他 | □怀孕  □在哺乳期  □长期照护家庭成员﹡  □ 单亲抚养学前儿童  □ 其他 | □怀孕  □在哺乳期  □长期照护家庭成员﹡  □ 单亲抚养学前儿童  □ 其他 |
| 户籍地址 |  |  |  |  |  |
| 家庭居住地址 | □ 同户籍地址  □ 其他 | □ 同户籍地址  □ 其他 | □ 同户籍地址  □ 其他 | □ 同户籍地址  □ 其他 | □ 同户籍地址  □ 其他 |
| 联系电话 |  |  |  |  |  |
| 16周岁及以下未成年人或16周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生 | □ 是  □ 否 | □ 是  □ 否 | □ 是  □ 否 | □ 是  □ 否 | □ 是  □ 否 |

长期照护家庭成员﹡指长期照护失能失智或重度残疾的家庭成员。

法定赡养、抚养、扶养义务人及其家庭成员基本信息

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目 | 法定义务人1 | 法定义务人2 | 法定义务人3 | 法定义务人4 | 法定义务人5 |
| 姓名 |  |  |  |  |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |
| 赡养、抚养、扶养关系 |  |  |  |  |  |
| 户籍地址 |  |  |  |  |  |
| 家庭居住地址 | □ 同户籍地址  □ 其他 | □ 同户籍地址  □ 其他 | □ 同户籍地址  □ 其他 | □ 同户籍地址  □ 其他 | □ 同户籍地址  □ 其他 |
| 联系电话 |  |  |  |  |  |

3．家庭收入信息

|  |
| --- |
| 工资性收入：收入人姓名 平均每月工资及奖金、津贴 元  收入人姓名 平均每月工资及奖金、津贴 元  经营净收入：收入人姓名 平均每月收益 元  收入人姓名 平均每月收益 元  ■农村农副业生产收入 家庭上一年总计收入 元  财产净收入：收入人姓名 平均每月收益 元  收入人姓名 平均每月收益 元  出租房屋收益 平均每月 元  转租、出让承包土地经营权收入： 元  ■村集体分红等收入 家庭上一年总计收入 元  转移净收入：  ■离退休金 领取人姓名 平均每月 元  领取人姓名 平均每月 元  ■居民养老保险金 领取人姓名 申请当月 元 平均每月 元  领取人姓名 申请当月 元 平均每月 元  ■职工养老保险金 领取人姓名 申请当月 元 平均每月 元  领取人姓名 申请当月 元 平均每月 元  ■福利养老金 领取人姓名 申请当月 元 平均每月 元  领取人姓名 申请当月 元 平均每月 元  ■失业保险金 领取人姓名 平均每月 元  领取时限： 年 月至 年 月  领取人姓名 平均每月 元  领取时限： 年 月至 年 月  ■住房公积金支取 领取人姓名 支取原因 申请前12个月支取 元  ■获得赡养、抚养、扶养费 平均每月 元  ■其它需要登记的收入 |

4．家庭财产信息

|  |
| --- |
| ■现金 元  ■银行储蓄和资产管理产品 总金额 元  ■股票、基金等有价证券 总市值 元  ■商业保险 保险名称 现金价值 元  保险名称 现金价值 元  ■企业投资人的认缴出资额 认缴出资额 元 投资人姓名  ■股权、股份、债券 总市值 元 持有人姓名  总市值 元 持有人姓名  ■房产 产权人姓名 面积 平方米 □自住 □商用 □出租（每月收益 元）  产权人姓名 面积 平方米 □自住 □商用 □出租（每月收益 元）  ■车辆 行驶证登记的所有人 车牌号  行驶证登记的所有人 车牌号  ■其它需要登记的贵重财产及价值  （说明：可另附页） |

本人郑重声明，上述所有信息属实；如有不实，愿意承担相应法律责任，并按照有关规定计入相关诚信记录。

请按上述文字原样抄写：

本人同意在申请和已获得社会救助期间，北京市民政局和本人所提出申请的区民政局向所有涉及到本人家庭经济状况信息的部门或机构查询、核对需要核实的家庭收入、家庭财产状况和家庭消费信息。本人亦同意所有涉及到本人家庭经济状况和家庭消费信息的部门或机构将所需资料和信息提供给北京市民政局及本人所提出申请的区民政局。

本人承诺以下签名、身份证号码均为本人签署，如有虚假，本人愿意承担法律责任。

申请人授权（家庭成员和法定赡养、抚养、扶养义务人及其家庭成员）签字：

1． 身份证号码

2． 身份证号码

3． 身份证号码

4． 身份证号码

5． 身份证号码

6． 身份证号码

7． 身份证号码

8． 身份证号码

9． 身份证号码

10． 身份证号码

年 月 日

备注：家庭成员为无民事行为能力人、限制民事行为能力人的，由监护人代签。

附件2

社会救助申请材料补正通知书

xxx：您好！

我们于 年 月 日收到您提交的 申请材料。经审核，有如下材料欠缺或表达不清，请您在收到本补正通知书之日起5个工作日内补正。无正当理由逾期不予补正的，视为您放弃本次申请。补正申请材料所用时间不计入审查期限。

1．…….

2．…….

3．……

xx乡镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

附件3

家庭经济状况调查结果告知书

xxx：您好！

根据《社会救助暂行办法》、《北京市社会救助实施办法》、《北京市人民政府转发市民政局〈关于进一步加强社会救助家庭经济状况认定工作的指导意见〉的通知》等相关规定，对您家庭及相关（□赡养人 □抚养人 □扶养人 ）家庭进行家庭经济状况调查。调查结果中的以下情形不符合城乡特困人员救助供养的相关认定条件。

1．……；

2．……；

……。

请您在收到本告知书之日起4个工作日内，提供相关材料说明情况；无正当理由逾期未作说明的，将根据家庭经济状况调查结果作出确认决定。

xx乡镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

附件4

北京市丰台区特困人员救助供养不予确认决定书

xx特困确〔年份〕xx号

\_\_\_\_\_\_\_\_: 您好！

我们对您 年 月 日提交的关于特困人员救助供养的申请进行了调查核实。您目前的家庭生活状况不符合《社会救助暂行办法》和《北京市人民政府转发市民政局〈关于进一步加强社会救助家庭经济状况认定工作的指导意见〉的通知》的相关规定，对您申请特困人员救助供养不予确认。具体理由是：

1、您xxx情况，不符合《xxx》第xx条规定；

2、您xxx情况，不符合《xxx》第xx条规定；

……

依据《社会救助暂行办法》的规定向您书面说明理由。

如对本决定不服，可自收到决定书之日起60日内向北京市丰台区人民政府或者北京市民政局申请行政复议，或者自收到决定书之日起6个月内直接向北京市丰台区人民法院提起行政诉讼。

XXX（单位名称）

年 月 日

附件5

社会救助申请（定期核查）

入户调查表

受 理 区 域： 区 乡镇（街道） 村（社区）

申请救助类型：

申请人姓名：

入户调查单位：

入户调查人姓名：

入户调查时间：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **家 庭 基 础 信 息** | | | | |
| 家庭户籍类型 |  | | 是否人户分离 |  |
| 家庭居住住址 |  | | 家庭成员结构 |  |
| 家庭类型 |  | | 家庭人口 |  |
| 家庭职业结构 |  | | 特殊家庭结构 |  |
| **申 请 人（持 证 人） 基 本 信 息** | | | | |
| 申请人（持证人）姓名 |  | 身份证号码 | |  |
| 性别 |  | 民族 | |  |
| 年龄 |  | 文化程度 | |  |
| 婚姻状况 |  | 政治面貌 | |  |
| 户籍性质 |  | 身份类别 | |  |
| 户籍详细地址 |  | 联系电话 | |  |
| 身体状况 |  | 劳动能力状况 | |  |
| 健康状况 |  | 生活自理能力 | |  |
| 残疾种类 |  | 残疾等级 | |  |
| 居住情况 |  | 生活照顾 | |  |
| 就业状态 |  | 职业 | |  |
| 单位名称（及组织机构代码 | ） | 单位性质 | |  |
| 单位联系人 |  | 联系人电话 | |  |
| 上级主管部门名称 |  | 上级主管部门负责人姓名 | |  |
| 上级主管部门联系电话 |  | 创办企业名称（及组织机构代码 | | ） |
| 是否占地农转居 |  | 是否水库移民 | |  |
| **家 庭 成 员 情 况** | | | | |
| 家庭成员姓名 |  | 身份证号码 | |  |
| 与申请人关系 |  | 成员类型 | |  |
| 性别 |  | 民族 | |  |
| 文化程度 |  | 年龄 | |  |
| 婚姻状况 |  | 政治面貌 | |  |
| 户籍性质 |  | 身份类别 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 户籍详细地址 |  | | 联系电话 | | |  |
| 身体状况 |  | | 劳动能力状况 | | |  |
| 健康状况 |  | | 生活自理能力 | | |  |
| 残疾种类 |  | | 残疾等级 | | |  |
| 居住情况 |  | | 生活照顾 | | |  |
| 就业状态 |  | | 职业 | | |  |
| 单位名称（及组织机构代码 | ） | | 单位性质 | | |  |
| 单位联系人 |  | | 联系人电话 | | |  |
| 上级主管部门名称 |  | | 上级主管部门负责人姓名 | | |  |
| 上级主管部门联系电话 |  | | 创办企业名称（及组织机构代码 | | | ） |
| 是否占地农转居 |  | | 是否水库移民 | | |  |
| **住 房 情 况** | | | | | | |
| 家庭居住详细地址 |  | | | 住房性质 |  | |
| 房屋证件名称 |  | | | 长期共居人口数 |  | |
| 房屋类型 |  | | | 房屋结构 |  | |
| 房屋建筑面积 | ㎡ | | | 人均建筑面积 | ㎡ | |
| 是否出租住房 |  | | | 租金收入 | 元 | |
| **预 警 信 息** | | | | | | |
| 预警内容 | | 入户核查情况 | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
|  | |  | | | | |
| **以上入户调查内容，本人已确认无误** | | | | | | |
| **申请人（持证人） 意见及签字** |  | | | | | |
| **村（居）民委员会意见及盖章** |  | | | | | |

附件6

北京市丰台区特困人员救助供养确认告知书

xx特困确〔年份〕xx号

\_\_\_\_\_\_\_\_: 您好！

您于 年 月 日提交的特困人员救助供养申请，经过入户调查、家庭经济状况核对、公示、审核确认等，目前的家庭生活状况符合《社会救助暂行办法》和《北京市人民政府转发市民政局〈关于进一步加强社会救助家庭经济状况认定工作的指导意见〉的通知》的相关规定，对您申请特困人员救助供养给予确认。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **救助供养形式** | **基本生活标准** | **照料护理标准** | **备注** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |

按照《北京市特困人员救助供养实施办法》有关规定，您可以申请医疗救助，教育救助，住房救助，就业救助，供暖救助等社会救助。

具体相关事宜, 您可以向户籍所在地乡镇人民政府、街道办事处咨询，咨询电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

XXX(单位名称)

年 月 日

附件7

北京市丰台区特困人员救助供养终止决定书（式样）

xx特困确〔年份〕xx号

\_\_\_\_\_\_\_\_: 您好！

\_\_\_\_\_\_\_\_（特困人员及身份证号码）目前的家庭生活状况已不符合《社会救助暂行办法》和《关于进一步加强社会救助家庭经济状况认定工作的指导意见》的相关规定，自 年 月开始终止您的特困人员救助供养。具体理由是：

1、您xxx情况，不符合《xxx》第xx条规定；

2、您xxx情况，不符合《xxx》第xx条规定；

……

依据《社会救助暂行办法》的规定向您书面说明理由。

如对本决定不服，可自收到决定书之日起60日内向北京市丰台区人民政府或者北京市民政局申请行政复议，或者自收到决定书之日起6个月内直接向北京市丰台区人民法院提起行政诉讼。

XXX(单位名称) 年 月 日

附件8

**送达回证**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受送达人 |  | | |
| 送达地点 |  | | |
| 送达人签字 |  | | |
| 送达文书名称 | 送达方式 | 收件人签名 | 收到时间 |
|  | 委托送达 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备注 |  | | |

XXX（单位名称）印章

附件9

北京市特困人员救助供养服务协议书（式样）

（集中供养）

甲方： 供养服务机构

乙方： 乡镇人民政府(街道办事处)

根据《北京市特困人员救助供养实施办法》，制定本协议。

一、特困人员的基本情况

区 乡镇人民政府（街道办事处） 村（居）民委员

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人基本信息 | 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | | 救助供养形式 | |  | | | 证书编号 | |  |
| 婚姻  状况 |  | 身体状况 |  | 自理能力 |  | | 联系电话 | |  | | | | | |
| 身份  证号 |  | | | 户籍性质 |  | | 近12个月平均月收入（元） | | | |  | | | |
| 户籍  地址 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  地址 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员基本信息 | 与申请人关系 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | | | 年龄 | | 身体  状况 | | 自理  能力 | | | 近12个月平均月收入（元） | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |
| 法定赡养、抚养、扶养义务人基本信息 | 与申请人关系 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | | | 年龄 | | 身体  状况 | | 自理  能力 | | | 近12个月平均月收入（元） | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  | | |  | |

二、救助供养内容

（一）供养服务机构应按照乡镇人民政府（街道办事处）的要求，组织开展特困人员救助供养服务工作，落实《北京市特困人员救助供养实施办法》有关救助供养内容的规定，全面保障特困人员的正常生活。乡镇人民政府（街道办事处）应按照当地公布的救助供养标准，有效管理和提供救助供养经费。

（二）供养服务机构应关注特困人员的心理健康，提供相应的精神卫生宣传和心理疏导等服务，组织开展文化娱乐活动。

（三）供养服务机构每年应对特困人员进行一次以上的健康体检和自理能力评估，如有变更，及时向乡镇人民政府（街道办事处）社会保障事务所提出变更申请；应及时协助生病的特困人员到医保定点医疗机构或者供养服务机构的医务室就诊。所发生的费用按照《北京市特困人员救助供养实施办法》的有关规定解决。

（四）对在接受各类教育期间的特困人员，供养服务机构应及时联系相关教育机构，按照本市教育救助有关规定保障其顺利完成学业。

（五）特困人员去世后供养服务机构应及时为其办理丧葬事宜，并向乡镇人民政府（街道办事处）社会保障事务所提出终止申请，所发生的费用按照《北京市特困人员救助供养实施办法》的有关规定解决。

三、供养服务规范

（一）供养服务机构应依法办理法人登记。

（二）供养服务机构应当遵守国家和本市制定的服务规范，制定供养机构工作人员岗位职责，建立民主管理、院务公开、财务管理、安全消防、卫生保洁、会议学习、后勤保障及突发事件应急处置等规章制度，完善保健、护理、康复等服务规程。

（三）供养服务机构应根据服务对象人数和照料护理需求，参照相应的星级标准，配置必要的管理人员、护理人员和后勤服务人员；加大社会工作岗位开发设置，每家供养服务机构应配备不少于1名持证社会工作者。供养服务机构的工作人员应当进行在岗系统培训，掌握与岗位相适应的知识和技能。有条件的供养服务机构，经卫生计生行政部门批准可设立医务室或者护理站。

（四）供养服务机构应按照供养服务协议提供符合要求的供养服务，为特困人员提供日常生活照料，送医治疗、文化娱乐、心理疏导等服务。

（五）供养服务机构应当为特困人员建立个人档案，实行“一人一档案”，并如实记录供养服务和照料情况。根据特困人员的年龄、健康状况、生活自理能力等情况对其事项分类管理。

四、协议解除的条件及法律后果

（一）特困人员不再符合《北京市特困人员救助供养实施办法》规定的条件，供养服务机构应当及时向乡镇人民政府（街道办事处）报告，终止本供养服务协议。

（二）供养服务机构未能按照本供养服务协议规定的内容向特困人员提供供养服务的，乡镇人民政府（街道办事处）有权终止本供养服务协议，并追究供养服务机构和有关责任人的责任。

五、其他事项

（一）本协议一式三份，甲乙双方各执一份，区民政部门存档一份。

（二）本协议自双方签字之日起生效。

甲方：  乙方：

签字（印章）　 签字（印章）

年 月 日           年 月 日

附件10

分散供养特困人员照料护理服务协议书（参考模板）

甲方： （乡镇、街道），法人代表：

乙方： （照料护理机构），法人代表

（照料护理人），联系方式：

丙方： （特困人员）

丁方： （村、居委会）

根据国家和我市有关规定，为认真做好特困人员照料服务工作，经甲、乙、丙、丁四方协商一致，达成如下协议：

甲方委托乙方从 年 月 日起至 年 月 日 向丙方提供 （日常照料护理）服务，支付乙方照料护理费用 元/每月，由丁方负责日常联系并监督。

—、甲方权利和责任

（一）甲方应按照国家、市、区有关文件精神，落实特困人员照料护理相关政策。

（二）甲方有权要求和监督乙方按照本协议提供服务。

（三）甲方应做好丙方生活自理能力评估工作，并将评估结果及时通报乙方和丙方。

（四）甲方应按政策规定及本协议约定, 向乙方支付照料护理费用。

（五）甲方发现乙方不履行、不依约履行或不能继续履行本协议的情形，有权解除本协议。

二、乙方权利和责任

（一）乙方为个人的，应为完全民事行为能力人，具备履约能力，且无犯罪记录；乙方为机构的，应具备 专业资质。

（二）乙方应具备为丙方提供照料护理服务的便利条件。

（三）乙方应做好服务记录，并保护好丙方个人隐私。

（四）乙方应保持丙方居住环境和个人卫生干净整洁。

（五）乙方应按时为丙方提供一日三餐，注意膳食营养调配, 安排好休息时间。

（六）乙方应照顾丙方吃饭、穿衣、上下床、如厕、室内行走、洗澡等不能独立完成的生活起居事宜。

（七）乙方应做好丙方就医陪诊等相关事宜，有异常表现及时上报。

（八）乙方应为丙方提供心理关怀等服务。

（九）乙方应密切关注丙方的思想状况和身体状况，如遇重大事情要及时向甲方、丁方报告。

（十）乙方应接受甲方、丁方和有关上级部门的指导、监督, 提高照料护理服务质量。

（十一）乙方有权要求甲方按时支付服务费用。

（十二）若因乙方过错造成丙方人身或财产损失的，乙方应负赔偿责任。

（十三）乙方如欲解除服务协议，需提前 天征求甲方意见，取得甲方书面同意后，通知丙、丁方，不得擅自终止服务,否则将追究违约责任。

三、丙方权利和责任

（一）丙方有权按照政策规定及本协议约定，享受特困人员照料护理服务。

（二）丙方应自觉遵守国家、市、区关于特困人员救助供养政策的相关规定，配合乙方开展照料护理工作。

（三）丙方有权向乙方提出与服务内容相关的合理需求和建议。

（四）丙方应注意健康和人身安全，遇事及时向甲、乙、丁方报告。

四、丁方权利和责任

（一）丁方协助甲方、丙方对乙方的服务质量进行监督，如乙方未达到服务标准要求，可及时上报甲方终止协议。

（二）丁方应随时入户巡访，通过现场查看、询问了解、查阅记录，掌握照料护理服务情况。

（三）丁方要主动关爱丙方，有条件的可从集体经营等收入中安排资金或者提供人力、物资，改善丙方生活。

五、协议的生效和终止

（一）本协议自各方签字盖章后生效，因履行本协议产生的争议，可向甲方所在地人民法院提起诉讼。

（二）如三次以上检查，乙方未能达到照料护理标准或丙方提出更换照料护理机构（人员），应即时解除协议。协议解除或者特困人员死亡则本协议自动终止。

（三）本协议一式五份，甲、乙、丙、丁各一份，区民政局存档一份，具有同等效力，未尽事项由各方商定另附。

甲方（盖章）：

法人代表（签字）：

联系方式：

年 月 曰

丙方（签字）：

联系方式：

年 月 曰

乙方（签字、盖章）：

联系方式：

年 月 曰

丁方（盖章）：

联系方式：

年 月 曰

附件11

北京市特困人员分散供养照料人信息表（式样）

区 乡镇人民政府（街道办事处） 村（居）民委员

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 照料人基本信息 | 姓名 |  | 年龄 | |  | 联系电话 |  |
| 性别 |  | 身体状况 | |  | 身份证号 |  |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 被照料人基本信息 | 姓名 |  | | 年龄 |  | 证书编号 |  |
| 性别 |  | | 身体状况 |  | 自理能力 |  |
| 照  料  情  况  记  录 | 照料起始时间： 照料护理标准： | | | | | | |
| 照料情况： | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 备注 | 1、“身体状况”栏内请填写“健全、轻度残疾、重度残疾”；  2、“自理能力”栏内请填写“具有生活自理能力、部分丧失生活自理能力、完全丧失自理能力”。 | | | | | | |

附件12：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 丰台区 街道、乡（镇 ） 年 月城乡特困人员新申请备案表    填表日期： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 街乡镇名称 | 社区名称 | 申请人姓名 | 身份证号码 | 年龄 | 户籍性质 | 联系方式 | 家庭月人均收入 | 生活自理能力 | 月保障金额 | 救助供养形式 | 居住地址/供养机构 | 分散供养特困人员照料人 | 照料人联系方式 | 确认日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人姓名： 管理部门负责人签字（盖章）： 主管领导签字：

附件13：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 丰台区 街道、乡（镇 ） 年 月城乡特困人员终止或变更备案表    填表日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 街乡镇名称 | 社区名称 | 申请人姓名 | 身份证号码 | 年龄 | 户籍性质 | 终止或变更原因 | 月人均收入 | | 生活自理能力 | | 月保障金额 | | 救助供养形式 | | 居住地址/供养机构 | | 确认日期 |
| 原 | 现 | 原 | 现 | 原 | 现 | 原 | 现 | 原 | 现 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人姓名： 管理部门负责人签字（盖章）： 主管领导签字：

附件14：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 丰台区 街道、乡（镇 ） 年 月城乡特困人员确认情况汇总备案表    填表日期： | | | | | | | | | |
| 序号 | 街乡镇名称 | 新申请业务 | 变更业务 | 终止业务 | 迁入 | 迁出 | 目前在册特困人员人数 | 救助金额合计 | 生活不能自理特困人员集中供养率 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人姓名： 管理部门负责人签字（盖章）： 主管领导签字：

备注：生活不能自理特困人员集中供养率=集中供养的（半自理+完全不能自理）人数/全部（半自理+完全不能自理）特困人数。