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街道（乡镇）

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》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（□城乡居民最低生活保障 □城乡低收入家庭认定）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街道（乡镇）

年 月 日

附件4

北京市丰台区

城乡居民最低生活保障不予确认决定书

xx低保确〔年份〕xx号

xxx：您好！

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》等相关规定，对您于 年 月 日提交的城乡居民最低生活保障申请进行了调查核实，基于以下理由，不予确认：

1.您家庭xxx情况，不符合《xx》第xx条规定；

2.您家庭xxx情况，不符合《xx》第xx条规定；

……。

如对本决定不服，可以自收到本决定书之日起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，或自收到本决定书之日起6个月内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 街道（乡镇） 社区（村）

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 | |  |
| 月人均收入  （工资、经营、财产净收入） |  | 弹性就业月人均收入 | |  |
| 离退休金 |  | 失业保险金 | |  |
| 村集体分红 |  | 赡养、抚养、扶养费 | |  |
| 基础养老金 |  | 福利养老金 | |  |
| 住房公积金支取 |  | 其他收入 | |  |
| 是否为 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 | | | |  |
| 学校名称 |  | 学校性质 | |  |
| 校方联系人 |  | 联系人电话 | |  |
| 学习阶段 |  | 学习年限 | |  |
| 所在年级/班级 |  | 是否择校 | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入学时间 |  | 毕业时间 |  | |
| 是否就业 | | |  | |
| 未就业原因 | | □怀孕  □在哺乳期  □长期照护失能失智或重度残疾的家庭成员  □单亲抚养学前儿童  □其他 | | |
| 就业状况 |  | 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 | |  |
| 月人均收入  （工资、经营、财产净收入） |  | 弹性就业月人均收入 | |  |
| 离退休金 |  | 失业保险金 | |  |
| 村集体分红 |  | 赡养、抚养、扶养费 | |  |
| 基础养老金 |  | 福利养老金 | |  |
| 住房公积金支取 |  | 其他收入 | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 是否为 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 | | |  |
| 学校名称 |  | 学校性质 |  |
| 校方联系人 |  | 联系人电话 |  |
| 学习阶段 |  | 学习年限 |  |
| 所在年级/班级 |  | 是否择校 |  |
| 入学时间 |  | 毕业时间 |  |
| 是否就业 | | |  |
| 未就业原因 | | □怀孕  □在哺乳期  □长期照护失能失智或重度残疾的家庭成员  □单亲抚养学前儿童  □其他 | |
| 就业状况 |  | 职业 |  |
| 单位名称（及组织机构代码） |  | 创办企业名称（及组织机构代码） |  |
| 单位联系人 |  | 联系人电话 |  |
| 上级主管部门名称 |  | 上级主管部门联系电话 |  |
| 是否占地农转居 |  | 是否水库移民 |  |
| **法 定 赡 养、抚 养、扶 养 义 务 人 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 |  |
| 月人均收入  （工资、经营、财产净收入） |  | 弹性就业月人均收入 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 离退休金 |  | | 失业保险金 | | |  |
| 村集体分红 |  | | 赡养、抚养、扶养费 | | |  |
| 基础养老金 |  | | 福利养老金 | | |  |
| 住房公积金支取 |  | | 其他收入 | | |  |
| 是否就业 | | | | | |  |
| 未就业原因 | | | □怀孕  □在哺乳期  □长期照护失能失智或重度残疾的家庭成员  □单亲抚养学前儿童  □其他 | | | |
| 就业状况 |  | | 职业 | | |  |
| 单位名称（及组织机构代码） |  | | 创办企业名称（及组织机构代码） | | |  |
| 单位联系人 |  | | 联系人电话 | | |  |
| 上级主管部门名称 |  | | 上级主管部门联系电话 | | |  |
| 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）委会意见及盖章** |  | | | | | |

附件6

北京市丰台区

城乡居民最低生活保障确认决定书

xx低保确〔年份〕xx号

xxx：您好！

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》等相关规定，对您于 年 月 日提交的城乡居民最低生活保障申请，现予确认。

您家庭将自 年 月开始获得最低生活保障（保障人口 人），家庭月领取最低生活保障金 元。

如对本决定不服，可以自收到本决定书之日起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，或自收到本决定书之日起6个月内向北京市丰台区人民法院提起行政诉讼。

在给予最低生活保障期间，您及家庭成员符合相关规定的还可以申请医疗、教育、住房、就业、采暖等专项救助和临时救助。同时，当您家庭的人口状况、收入状况、财产状况发生变化时，应当及时主动告知您户籍所在地街道办事处、乡镇人民政府。具体事宜可咨询您户籍所在地街道办事处、乡镇人民政府。

乡镇（街道）咨询电话：

xxx（单位名称）

年 月 日

附件7

北京市丰台区

城乡低收入家庭认定确认决定书

xx低收入确〔年份〕xx号

xxx：您好！

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》等相关规定，对您于 年 月 日提交的低收入家庭认定申请，现予确认。

您家庭将自 年 月开始认定为低收入家庭（保障人口 人）。其中，16周岁及以下未成年人 人，16周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生 人，月领取生活补贴总计 元。

如对本决定不服，可以自收到本决定书之日起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，或自收到本决定书之日起6个月内向北京市丰台区人民法院提起行政诉讼。

在认定为低收入家庭期间，您及家庭成员符合相关规定的可以申请医疗、教育、住房等专项救助和临时救助。同时，当您家庭的人口状况、收入状况、财产状况发生变化时，应当及时主动告知您户籍所在地街道办事处、乡镇人民政府。具体事宜可咨询您户籍所在地街道办事处、乡镇人民政府。

乡镇（街道）咨询电话：

xxx（单位名称）

年 月 日

附件8

北京市丰台区

城乡低收入家庭认定不予确认决定书

xx低收入确〔年份〕xx号

xxx：您好！

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》等相关规定，对您于 年 月 日提交的低收入家庭认定申请，基于以下理由，不予批准：

1.您家庭xx情况，不符合《xx》第xx条规定；

2.您家庭xx情况，不符合《xx》第xx条规定；

……。

如对本决定不服，可以自收到本决定书之日起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，或自收到本决定书之日起6个月内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9

社会救助核查材料提交通知书

xxx: 您好！

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》等相关规定，我们于 年 月 日对您家庭经济状况进行信息核对，您家庭的 情形不符合（□城乡居民最低生活保障 □城乡低收入家庭）的相关认定条件。请您在收到本通知书之日起15日内，提供相关材料并说明情况：

1．……；

2．……；

……。

无正当理由逾期不提供相关材料的，将根据信息核对情况作出确认决定。

xxx（单位名称）

年 月 日

附件10

北京市丰台区

城乡居民最低生活保障终止决定书

xx低保确〔年份〕xx号

xxx：您好！

（低保家庭成员及身份证号码）获得的城乡居民最低生活保障自 年 月终止；

给予 （低保家庭成员及身份证号码）的低保金自 年 月起停发。理由如下：

1.您家庭xxx情况，不符合《xxx》第xx条规定；

2.您家庭xxx情况，不符合《xxx》第xx条规定；

……。

如对本决定不服，可以自收到本决定书之日起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，或自收到本决定书之日起6个月内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11

北京市丰台区

城乡低收入家庭救助终止决定书

xx低收入确〔年份〕xx号

xxx：您好！

（低收入家庭成员及身份证号码）获得的城乡低收入家庭救助自 年 月终止；

给予 （低收入家庭成员及身份证号码）的生活补贴自 年 月起停发。理由如下：

1.您家庭xxx情况，不符合《xxx》第xx条规定；

2.您家庭xxx情况，不符合《xxx》第xx条规定；

……。

如对本决定不服，可以自收到本决定书之日起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，或自收到本决定书之日起6个月内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12

**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）

附件13

**丰台区 街（乡镇） 年 月城乡低保新申请备案表**

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 | 家庭人口 | 保障人口 | 家庭月总收入 | 家庭月人均收入 | 家庭月保障金额 | 确认日期 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人签字： 负责人签字（盖章）： 主管领导签字：

附件14

**丰台区 街（乡镇） 年 月城乡居民最低生活保障终止或变更备案表**

填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 街乡镇名称 | 社区名称 | 申请人姓名 | 关系 | 身份证号码 | 月收入 | 收入核减 | 增发低保金 | 应发低保金 | 终止或变更原因 | 家庭保障人口 | | 家庭月低保金 | |
| 原 | 现 | 原 | 现 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

填表人签字： 负责人签字（盖章）： 主管领导签字：

附件15

