附件1

社会救助申请书（申请人填写）

本人姓名 ，性别 ，身份证号 ，家庭成员 人。现以（ 家庭 / 个人 ）名义申请（城市最低生活保障/农村最低生活保障/特困人员供养）救助。

申请理由：

本人姓名（按指纹）：

年 月 日

附件2

申请社会救助家庭经济状况调查核对授权书

（申请人填写）

本人 ，性别 ，身份证号码 ，家庭成员 人，现申请（城市最低生活保障/农村最低生活保障/特困人员供养）救助。

本人及共同生活的其他家庭成员授权、委托最低生活保障审核、审批机关及其指定的收入核对机构对本家庭成员（含法定赡、抚、扶养关系成员）的收入和家庭财产情况的相关信息进行核对，包括但不限于入户调查和到公安、人社、住建、交通、市场监管、税务、自然资源、公积金中心、银行、保险、证券等部门、机构进行核查和信息比对。授权有效期从本人提出申请之日起至终止社会救助之日止。

本人及其他共同生活家庭成员保证，所提供的全部信息真实、完整，愿意接受有关部门调查。如虚报、隐瞒、伪造申请材料，骗取最低生活保障金，在家庭人口、收入和财产发生变化，已明显不符合最低生活保障条件时，30天内未向乡镇人民政府（街道办事处）主动报告，本人及其他共同生活家庭成员愿意接受所领取金额1-3倍以内的罚款，并自愿接受纳入信用信息共享平台实施联合惩戒等措施，自愿承担相应法律责任。

申请人及共同生活家庭成员签名（按指纹）:

时间： 年 月 日

注:有民事行为能力的家庭成员应当由本人签名或者按捺指纹，无民事行为能力的家庭成员应当由监护人签名或者按捺指纹，无书写能力的家庭成员应当采取按捺指纹的方式。





附件4

 入户调查表（工作人员填写）

|  |
| --- |
|  乡镇（街道） 村（社区）调查时间： 年 月 日 |
| 申请人姓名 |  | 家庭人口数 |  |
| 户籍地 |  | 常住地 |  |
| 共同生活家庭成员收入情况（填写详细收入情况） |
| 家庭净收入 | 工资性收入 |  |
| 经营净收入 |  |
| 财产净收入 |  |
| 转移净收入 |  |
| 其他收入项目 |  |
| 法定赡抚养人收入情况（填写收入数额，单位：元/月） |
| 姓名 | 身份证号 | 与申请人关系 | 收入类型 |
| 工资性收入 | 经营净收入 | 财产净收入 | 转移净收入 | 其他收入项目 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭综合困难情况 |  |
| 是否与申请材料一致：是□ 否□ 说明情况： |
| 以上入户调查填写情况属实：被调查家庭成员代表签名： |
| 入户调查人员签名（两人以上）： |
| 综合便民服务中心初审意见： （盖章） 年 月 日 |

**填表说明：**1.共同生活家庭成员及法定赡抚养人的收入情况，按照临汾市《最低生活保障对象审核确认办法》中第十八条规定执行；2.家庭困难综合情况填写造成家庭经济困难的主要原因。

附件5

|  |
| --- |
| 村（社区）两委干部和低保经办人员近亲属申请（享受）低保待遇备案表（工作人员填写） |
| 基层干部及经办人姓名 | 　 | 单位 | 　 | 职务 | 　 | 与享受人 关系 | 　 |
| 正在申请户主姓名 | 　 | 保障 人口 | 　 | 享受类别 | 　 | 月享受金额 |  　 元 |
| 已享受户主姓名 | 　 |
| 低保 类型 | 城市（ ） | 家庭 人口 | 　 | 家庭年（月）总收入 |  元 | 家庭人均年（月）收入 |  元 |
| 农村（ ） |
| 家庭住址 |  乡镇（街道） 村（社区） |
| 申请理由 |  |
| 担保人承诺意见 | 我与 系 关系，我承诺 所提供的家庭收入及财产状况属实，符合最低生活保障条件，本人愿承担党纪、政纪及法律责任为其担保。  担保承诺人签名：  年 月 日 |
| 县级调查核实意见 |  调查人签名：  年 月 日  |

注：近亲属的范围按《临汾市社会救助经办人员和村（居）民委员会工作人员及其近亲属享受社会救助备案工作办法（试行）》（临市民发〔2014〕26号）第二条执行。

附件6

申请不予批准告知书

（工作人员填写）

 村（社区） 同志：

您于 年 月 日提交申请，经调查核实，根据《社会救助暂行办法》等文件规定，您家庭 / 本人因：

□共同生活的家庭成员人均收入为 元/月（年），超过本县（市、区）最低生活保障标准 元/月（年）；

□家庭财产状况不符合相关财产状况规定，具体表现为：

不符合条件，不予确认。

若不服本告知书，可自收到本告知书之日起15日内向本单位提出复查申请。

受送达人：

综合便民服务中心（盖章）

 年 月 日

（本决定书一式两份，综合便民服务中心、受送达人各一份）

附件7

最低生活保障对象审核公示单

（工作人员填写）

 村（社区）：

下列家庭申请最低生活保障，现将通过审核的家庭予以公示，接受社会监督，如有异议，请提供事实依据向我中心反映。

公示时间： 年 月 日至 年 月 日（7天）

举报电话：

 综合便民服务中心（盖章）

 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 保障对象姓名 | 申请人姓名 | 家庭所在村（社区） | 家庭人口数 | 拟保障人口数 | 家庭成员人均收入（元/月） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：由乡镇（街道）综合便民服务中心在申请人所在村（社区）设置的公开栏公示。

附件8

特困人员供养对象审核公示单

（工作人员填写）

 村（社区）：

下列家庭申请特困人员供养，现将通过审核的家庭予以公示，接受社会监督，如有异议，请提供事实依据向我中心反映。

公示时间： 年 月 日至 年 月 日（7天）

举报电话：

 综合便民服务中心（盖章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 保障对象姓名 | 申请人姓名 | 家庭所在村（社区） | 家庭人口数 | 家庭成员人均收入（元/月） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 年 月 日

注：由乡镇（街道）综合便民服务中心在申请人所在村（社区）设置的公开栏公示。

附件9

再次调查表（工作人员填写）

|  |
| --- |
|  乡镇（街道） 村（社区）再次调查时间： 年 月 日 |
| 申请人姓名 |  | 家庭人口数 |  |
| 户籍地 |  | 常住地 |  |
| 共同生活家庭成员收入情况（填写详细收入情况） |
| 家庭净收入 | 工资性收入 |  |
| 经营净收入 |  |
| 财产净收入 |  |
| 转移净收入 |  |
| 其他收入项目 |  |
| 法定赡抚养人收入情况（填写收入数额，单位：元/月） |
| 姓名 | 身份证号 | 与申请人关系 | 收入类型 |
| 工资性收入 | 经营净收入 | 财产净收入 | 转移净收入 | 其他收入项目 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被举报内容 |  |
| 针对上述内容调查结果 | 是否属实： 是□ 否□说明情况： |
| 以上情况填写属实： 被调查家庭成员代表签名： |
| 入户调查人员签名（两人以上）： 年 月 日 |
| 综合便民服务中心初审意见： （盖章） 年 月 日  |

附件10

最低生活保障审核确认表（工作人员填写）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 家庭人口数 |  | 照片 |
| 户籍地址 |  | 出生年月 |  |
| 居住地址 |  |
| 保障类别 | 城市低保□ 农村低保□ | 所在单位 |  |
| 共同生活家庭成员 | 姓名 | 年龄 | 性别 | 与申请人关系 | 婚姻状况 | 健康状况（残疾类别、等级） | 职业状况 | 月/年收入 | 身份证号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非共同生活赡抚扶养人信息 | 姓名 | 年赡（抚、扶）养费 | 性别 | 与申请人关系 | 婚姻状况 | 健康状况（残疾类别、等级） | 职业状况 | 月/年收入 | 身份证号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭经济状况 |  |
| 是否为最低生活保障经办人员或村干部近亲属 |  |
| 乡镇（街道）综合便民服务中心审核意见 | 经审核、公示： 村（社区） 家庭 人，拟同意纳入最低生活保障范围。建议人均补助金额 元/月（年），家庭补助金额 元/月（年）。请乡镇人民政府（街道办事处）研究确认。 盖 章 年 月 日 |
| 经办人签名 |  | 负责人签名 |  |
| 乡镇人民政府（街道办事处）确认意见 | □同意审核意见。从 年 月起执行上述救助标准。□不同意审核确认意见。  盖 章 年 月 日 |
| 负责人签名 |  |

**填报说明：**1.职业状况填写以下分类：（1）老年人（60周岁及以上）；（2）在职职工；（3）灵活就业人员；（4）登记失业人员；（5）未登记失业人员；（6）已成年但不能独立生活的子女，包括在校接受本科及其以下学历教育的成年子女；（7）其他人员（18周岁以下）。2.家庭经济状况填写家庭收入、财产和支出等情况。

附件11

特困供养人员审核确认表（工作人员填写）

 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |  |
| 身体状况 |  | 身份证号 |  |
| 供养标准 |  | 现住址 |  |
| 供养方式 |  | 户籍所在地 |  |
| 家庭 成员 情况 | 姓 名 | 与户主关系 | 年龄 | 身 份 证 号 | 身体状况 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 监护人 |  |  |  |  |  |  |
| 乡镇（街道）综合便民服务中心审核意见 |   （是否同意）负责人签名（盖章）： 年 月 日 |
| 乡镇人民政府（街道办事处）确认意见 |  （是否同意）负责人签名（盖章）： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件12

最低生活保障对象确认公示单

（工作人员填写）

经确认，以下家庭（个人）纳入最低生活保障范围，现进行公示。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭所在村（社区） | 申请人姓名 | 保障人口数 | 家庭人口数 | 保障金额（元/月） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 综合便民服务中心（盖章）

 年 月 日

附件13

特困供养人员确认公示单

（工作人员填写）

经确认，以下人员纳入特困供养范围，现进行公示。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 家庭所在村（社区） | 申请人姓名 | 保障人口数 | 保障金额（元/月） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 综合便民服务中心（盖章）

年 月 日

附件14

 乡镇（街道） 年 月

在保对象汇总表

（工作人员填写）

以下为本月份我辖区内城乡低保、特困供养人员。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在村（社区） | 申请人姓 名 | 保 障人口数 | 保障类型 | 银行卡号 | 保障金额（元/月） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 综合便民服务中心（盖章）

 年 月 日

附件15

社会救助对象定期核查记录表

（工作人员填写）

申请人姓名：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入户时间 |  | 调查人（2人以上） |  |
| 调查情况：调查结论：调查单位（盖章） |
| 入户时间 |  | 调查人（2人以上） |  |
| 调查情况：调查结论：调查单位（盖章） |
| 入户时间 |  | 调查人（2人以上） |  |
| 调查情况：调查结论：调查单位（盖章） |
| 入户时间 |  | 调查人（2人以上） |  |
| 调查情况：调查结论：调查单位（盖章） |

附件16

调整待遇告知书

（工作人员填写）

 村（社区） 同志：

因 ，您家庭人均收入发生变化，根据《社会救助暂行办法》等文件的规定，经过重新核算认定，决定对您家庭的保障待遇作出如下调整：

□增（减）：最低生活保障金额由原 元/月调整为 元/月；月人均补助金额由 元/月调整为 元/月。

调整原因：

□停发：从 年 月起，对您家庭的最低生活保障金 / 特困供养金予以停发。

停发原因：

若不服上述决定，可自收到本告知书之日起60日内申请行政复议。

受送达人：

（盖章）

年 月 日

（本决定书一式两份，确认单位、受送达人各一份）