

山东省民政厅 文件 山东省财政厅

鲁民〔2018〕99号

山东省民政厅 山东省财政厅 关于完善经济困难老年人补贴制度的通知

各市民政局、财政局，省财政直接管理县（市）民政局、财政局：

根据《山东省人民政府办公厅关于印发山东省养老服务业转型升级实施方案的通知》（鲁政办字〔2016〕22号）、《山东省人民政府办公厅关于贯彻国办发〔2016〕91号文件全面放开养老服务市场提升养老服务质量的实施意见》（鲁政办发〔2017〕52号）文件要求，现将低保老年人分类施保、高龄津贴、护理补贴、服务补贴等统筹合并，建立困难老年人补贴制度。现将有关事项通知如下：

一、补贴对象和标准

（一）补贴对象：60-99周岁低保老年人。

(二) 补贴标准: 对 60-79 岁、80-89 岁、90-99 周岁低保老年人每人每月分别补助 80 元、100 元、200 元, 100 周岁及以上老年人按照《山东省人民政府关于印发山东省优待老年人规定的通知》(鲁政发〔2011〕54 号) 文件规定补助; 在此基础上, 对生活长期不能自理、能力等级为 2-3 (《老年人能力评估》(MZ-T001-2013) 评定标准) 的, 以及智力、精神和肢体重度残疾的低保老年人, 每人每月增发 80 元。增发补贴部分不能与重度残疾人护理补贴重复享受, 可择高领取其一。

在低保对象家庭收入核查和动态调整时, 以上补贴不计入低保家庭收入。各地可根据财力状况, 在以上人员和标准基础上, 适当扩大补贴对象范围、提高补贴标准, 对低保家庭中的老年人不再分类施保。

二、补贴原则

(一) 保基本、可持续原则。优先保障经济困难的高龄、失能老年人的养老需求, 注重补贴范围、标准与经济社会发展水平相适应、与其他保障制度相衔接。

(二) 属地管理原则。经济困难老年人补贴对象以户籍为基础, 实行属地化管理, 保障资金由省、市、县三级财政共同承担。

(三) 公正、精准、便民原则。建立公开透明、精准识别、办理便捷的制度程序, 规范操作, 严格监管, 接受社会监督。

三、申办程序与补贴发放

(一) 申请。由老年人本人 (申请人) 或由与其共同生活的家庭成员向申请人户籍所在地的乡镇人民政府 (街道办事处) 提

出申请，提交《老年人补贴申请表》（附件）。本人或其家庭成员申请有困难的，可委托村（居）民委员会代为申请。

（二）审核。乡镇人民政府（街道办事处）自受理申请后 5 个工作日内，对申请人的低保身份、年龄、残疾等级、自理能力进行信息比对核实，无需本人提供相关证明材料，提出审核意见报县级民政部门审批。

（三）审批。县级民政部门收到乡镇人民政府（街道办事处）的审核意见后，对申请人的低保身份、年龄、残疾等级进行信息复核，5 个工作日内完成；对需要能力评估的老年人，根据《山东省民政厅 山东省财政厅 山东省卫生和计划生育委员会关于开展老年人能力评估工作的实施意见》（鲁民〔2016〕40 号），组织专业人员或委托第三方机构进行评估，10 个工作日内完成。对通过复核评估、拟享受补贴的申请人名单，及时反馈乡镇人民政府（街道办事处），在申请人户籍所在地的村（居）务公开栏公示 5 天，公示期满无异议的，自批准当月起发放补贴，并将享受补贴情况单独列出，纳入低保长期公示内容。

对未通过审核审批的人员，由乡镇人民政府（街道办事处）书面告知申请人或其代理人，并说明理由。

（四）补贴发放。经济困难老年人补贴用于老年人基本生活、养老服务、护理等方面支出，与低保金分别标注，通过金融机构同步社会化发放。在尊重老年人意愿的基础上，可由县级统筹使用，采取政府购买服务的形式为老年人提供生活、护理等服务。

四、监督管理

各地要按照《关于开展老年人能力评估工作的实施意见》(鲁民〔2016〕40号)要求,建立健全养老服务评估机制,抓紧抓实评估工作,摸清底数,建立台账。为经济困难老年人发放补贴、购买居家养老服务数据,要全部录入山东养老管理平台,及时更新,动态管理。要加强政策宣传,公布经济困难老年人补贴的发放范围、标准和申办程序。对弄虚作假,骗取、挪用、拖欠补助资金的行为,按照有关规定严肃处理。

各地要根据本通知精神,结合当地实际,制定具体实施办法。本通知自2019年1月1日起施行,有效期至2023年12月31日。

《关于为全省80周岁以上低保老年人发放高龄津贴的通知》(鲁民〔2013〕64号)和《关于建立生活长期不能自理经济困难老年人护理补贴制度的通知》(鲁民〔2014〕28号)执行到2018年12月31日。

附件:经济困难老年人补贴申请表



2018年11月13日

附件

经济困难老年人补贴申请表

姓 名		性别		出生年月	
身份证号码			户籍所在地	区(县)	街(镇) 村(居)
邮 编			住宅电话		
			手 机		
年 龄	☐ 60-79 周岁 ☐ 80—89 周岁 ☐ 90—99 周岁 ☐ 100 周岁及以上				
身体状况	☐ 能力等级 0 级 ☐ 能力等级 1 级 ☐ 能力等级 2 级 ☐ 能力等级 3 级				
代理人姓名			与申请人关系		
代理人地址	县(市、区)		街(镇)	村(居)	路 号 房
电 话			手 机		
申请人(代理人)签字:					
年 月 日					
乡镇(街道)初审意见:					
签名(盖章) 年 月 日					
县(市、区)民政部门意见:					
签名(盖章) 年 月 日					

注：在相对应□打“√”。