

临淄区人民政府办公室

临政办字〔2020〕18号

临淄区人民政府办公室 关于印发临淄区特殊困难家庭人员救助 实施办法的通知

各镇人民政府、街道办事处,各开发区管委会,区政府各部门,有关企事业单位:

经区政府研究同意,现将《临淄区特殊困难家庭人员救助实施办法》印发给你们,请认真组织实施。

临淄区人民政府办公室

2020年6月23日

(此件公开发布)

临淄区特殊困难家庭人员救助实施办法

为贯彻落实《淄博市人民政府办公室关于进一步加强对特殊困难家庭人员救助的意见》(淄政办字〔2020〕21号),切实提升特殊困难群体的生活水平和质量,使他们能够更体面更有尊严地生活,结合我区实际,特制定以下实施方案。

一、救助范围及人员

特殊困难家庭人员,主要是指在城乡低保、扶贫开发、医疗救助、教育助学等各类社会救助政策落实之后,日常生活仍然存在一定困难的城乡居民家庭成员。主要包括以下人员:

(一)城乡低保、农村建档立卡贫困家庭、即时帮扶人口中的重度、中度、轻度失能人员。

(二)城乡低保边缘家庭中的重度、中度失能人员。城乡低保边缘家庭,指家庭年人均可支配收入在城乡低保年标准2倍以内,且家庭财产符合城乡低保家庭经济状况认定标准。

(三)因伤因病造成持续支出型困难家庭中的重度失能人员。持续支出型困难家庭,指家庭当年可支配收入(申请救助之日起前1年)扣除当年家庭成员个人自负医疗费用(符合社会医疗保险支付范围的)后,年人均可支配收入在城乡低保年标准2倍以内,且家庭财产符合城乡低保家庭经济状况认定标准。

(四)城乡低保、低保边缘、因伤因病持续支出型困难家庭、农

村建档立卡贫困家庭、即时帮扶人口中的在校生以及孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童等在校生。

(五)城乡特困供养人员。

二、管理及救助原则

1. 坚持属地管理、公开公正、动态调整的原则,做到个人申请、审批过程、审批结果、服务效能公开透明。申请人人户分离的,原则上以一年以上长期居住地为主申请救助。

2. 坚持保民生、兜底线、全覆盖的原则,确保救助标准与经济发展水平相适应,切实改善特殊困难群体生活质量。

3. 坚持救助标准就高不就低、不重复救助的原则。特殊困难家庭人员救助政策与其他各类社会救助及扶贫政策有效衔接,同类救助政策不得重复享受,确保救助精准性。

4. 坚持便捷、高效的审批原则。按照社会救助类行政审批事项权限下放的工作要求,特殊家庭困难人员相关申请、审批由镇、街道负责,并应于15日内做好人员审批、待遇落实等各项工作。

三、救助方式及标准

(一)生活照料服务

对于符合认定条件的城乡低保、农村建档立卡贫困家庭、即时帮扶人口以及城乡低保边缘家庭、持续支出型困难家庭中失能人员,采取政府购买服务的方式予以照料护理,不足部分由被照护人员家庭自行承担。分类补贴标准如下:

1. 重度失能人员照料标准。城市低保、城市特困供养对象,照料护理时间为每月60小时,标准为900元;农村低保、建档立卡贫

困家庭、即时帮扶人口、特困供养对象,照料护理时间为每月 60 小时,标准为 600 元;城市低保边缘家庭中重度失能人员,照料护理时间为每月 45 小时,标准为 675 元;农村低保边缘家庭中的重度失能人员,照料护理时间为每月 45 小时,标准为 450 元;因伤因病持续支出型困难家庭中的重度失能人员,城市的照料护理时间为每月 30 小时,标准为 450 元,农村的照料护理时间为每月 30 小时,标准为 300 元。

2. 中度失能人员照料标准。城市低保、城市特困供养对象,照料护理时间为每月 45 小时,标准为 675 元;城市低保边缘家庭中中度失能人员,照料护理时间为每月 30 小时,标准为 450 元;农村低保、建档立卡贫困家庭、即时帮扶人口、特困供养对象中的中度失能人员,照料护理时间为每月 45 小时,标准为 450 元;农村低保边缘家庭中的中度失能人员照料护理时间为每月 30 小时,标准为 300 元。

3. 轻度失能人员照料标准。城市低保家庭、特困供养对象,照料护理时间为每月 30 小时,标准为 450 元;农村低保家庭、建档立卡贫困家庭、即时帮扶人口、特困供养中的轻度失能人员,照料护理时间为每月 30 小时,标准为 300 元。

4. 自理特困人员照料标准。城乡特困供养对象中评估等级为能力完好的,护理时间为每月 10 小时,标准为 100 元。

照料护理坚持以居家服务为主的原则,对于居家照料确有困难的,由镇(街道)统一就近选择养老机构集中托养。对于选择居家生活的失能人员,经当事人同意,镇(街道)、村(居)、亲属(监护

人)、服务机构(社会组织)、当事人五方共同签订照料护理协议,由第三方机构按照规定服务时长为其提供日常看护、生活照料、康复护理等日常性照料护理服务。各镇(街道)要建立可行性强、便于操作的检查督导制度,对于违反协议、服务质量不高、群众反映不好的服务机构随时予以更换。

对于自愿选择且符合集中供养条件的城乡特困供养人员,自理等级为中度、重度失能的,必须就近安排到供养机构,实现集中供养。

符合上述条件的特殊家庭人员应以户为单位,按照就高不就低的原则选择照料护理服务。

(二)生活照护物资发放

对符合认定条件的失能人员中“两便”不能自理且长期卧床人员,经本人或监护人申请,镇(街道)申报,由民政部门统一采购日常照护物资,申请人按规定进行申领。具体标准为:按月申领纸尿裤6包(每包10片)、按季申领毛巾、枕巾、床单各1条、按年申领被褥1床,对不方便申领的申请人可由代理人或村(居)代为申领。各镇、街道可根据“两便”不能自理且长期卧床人员实际家庭需求,酌情为其增发尿片、床单等生活照料护物资。

(三)对特殊困难家庭的在校生补助

对城乡低保、特困供养、低保边缘、因伤因病持续支出型家庭、农村建档立卡贫困家庭和即时帮扶人口中的在校生以及孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童等在校生,统一执行现有教育资助、教育免补、扶贫政策,所有就学费用进行全部免除或补助。在

此基础上,分别按义务教育阶段学生每人每年 3000 元(特殊学校学生参照义务教育阶段执行);普通高中阶段学生每人每年 3000 元(中职学生继续享受 3000 元定额补助);高等教育阶段的全日制高职高专、本科每人每年 5000 元,研究生每人每年 6000 元的标准,对其家庭给予生活补助。

(四)对特殊困难家庭的医疗救助

上述特殊困难家庭人员中合规的个人自负住院医疗费用,由财政全额承担。

(五)对特殊困难家庭的节日慰问

对于上述特殊困难家庭中的重度失能人员,在落实好以上救助政策的基础上,按照每人每年 1000 元的标准发放节日慰问金。

四、申请审批程序

(一)人员身份认定

符合条件人员应经村(居)向所在镇(街道)提出特殊困难家庭人员认定。其中申请照料护理服务的,应同时符合无赡养人、抚养(扶养)人,或赡养人、抚养(扶养)人因年老、重病、在学、残疾等原因无照料护理能力的条件。

(二)需求申请

经认定的困难家庭人员由本人或委托直系亲属向户籍所在地的镇(街道)提出需求申请,分别填写《临淄区特殊困难家庭失能人员基本生活照料护理申请审批表》或《临淄区特殊困难家庭在校学生救助申请审批表》,“两便”不能自理人员申请生活照护物资的填写《临淄区特殊困难家庭“两便”不能自理照护用品申请审

批表》，并按规定分别提交身份证(复印件)、户口簿(复印件)、家庭财产收入证明、疾病诊断治疗证明、残疾证、在校就读、不具备照护能力等证明材料。

对无民事行为能力或本人申请有困难的，经授权后，可委托法定监护人或村(居)委会代为申请。

(三) 审核程序

镇(街道)接受申请后，申请材料齐全、符合规定的，应及时受理；申请材料不全的，应当一次性告知需补充内容；对明显不符合认定条件的，不予受理并书面说明原因。

镇(街道)接受申请后，应当在5个工作日内组织村(居)对申请人的家庭状况及失能情况进行调查核实，并将初审名单交第三方评估机构。第三方评估机构应参照民政行业《老年人能力评估》(MZ-T001-2013)评定标准逐一逐项进行评估，5个工作日内出具评估结论，评定失能等级，并反馈至镇(街道)。镇(街道)应将评估结果在申请人所在村(居)进行不少于5天的公示。对有望康复或降低评估等级的评估对象，评估结论应确定评估有效期，有效期满后需重新评估。

经初审、第三方评估、村(居)公示无误后，镇(街道)应于5个工作日内完成审批，并按照审批类别分别报民政、扶贫、教体等职能部门备案。

失能人员自批准次月起享受有关待遇，在校学生从本学期开始享受相关待遇。镇(街道)要对通过审批的特殊困难家庭人员全面建立电子和纸质档案，并做好人员日常信息维护和规范化管

理工作。

(四) 动态管理及终止

镇(街道)应对特殊困难家庭人员基本情况进行定期复核并实行动态管理。存在下列情形之一的,其本人、村(居)或照料服务机构应于3个工作日内告知镇(街道),并报民政、扶贫、教体、医保等职能部门备案核准,自次月起终止相关待遇,具体情形如下:

1. 不再符合低保、扶贫、低保边缘或因病持续支出型贫困条件的;
2. 死亡或被宣告失踪;
3. 依法被判处刑罚,且在监狱服刑的;
4. 本人自愿申请停止相关待遇的;
5. 相关职能部门规定的其它情形。

五、资金列支及发放渠道

照料护理、照护用品、节日慰问、在校学生补助资金以及人员生活自理能力评估费用,市、区两级财政按照5:5的比例分级负担。其中特困人员照料护理费用按照市、区、镇(街道)5:2.5:2.5的比例负担。

民政、扶贫、教体、医保、财政等部门根据职责分工,做好资金预算、列支、管理和发放工作。

特殊困难家庭成员自理能力评估费用按认定部门的职责进行测算、列支。城乡低保、特困供养、城乡低保边缘、因伤因病持续支出型贫困等特殊困难家庭中失能人员照料护理金及其中的重度失

能人员节日慰问金由区民政局负责测算、列支、发放；同时负责测算、列支城市低保、城乡低保边缘、因伤因病持续支出型贫困以及孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童中在校学生救助金，负责“两便”不能自理生活照料用品资金测算、物品采购。建档立卡贫困户、即时帮扶人口中重度失能人员节日慰问金、失能人员照料护理费以及在校学生补助金由区扶贫办负责测算、列支，其中在校学生救助金经教体局比对后反馈至民政、扶贫部门，由镇（街道）按规定发放。特殊困难家庭在校学生学前免保教费、高中免学费、高校免学费及高中段以下助学金的资金由区教体局负责列支、发放。特殊困难家庭成员合规个人自负住院费用由区医疗保障局负责测算、列支并通过“一站式”结算平台发放。

六、运行保障机制

（一）建立务实高效的协调机制。特殊困难家庭人员救助对于兜牢民生底线，维护困难群众基本生活权益，助力脱贫攻坚决战决胜具有重要意义，是现行救助政策的有益补充。各级各部门要各尽其职、各负其责，密切配合，形成救助工作合力，全面提升全区救助工作服务水平。根据职责分工，区财政局负责救助资金保障工作；区民政局负责指导镇（街道）对城乡低保、特困供养人员对象身份认定，负责孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童的身份认定；区医保局负责对低保边缘、因伤因病造成持续支出型困难家庭人员身份认定；区扶贫办负责对农村建档立卡和即时帮扶人口中的特殊困难家庭人员认定；区教育和体育局负责对民政、扶贫、医保部门认定的特殊困难家庭学生在籍在读信息进行比对。

纪检监察、审计等部门应加强对救助工作的开展以及救助资金使用情况的监督案件查处。

(二)建立信息共享的衔接机制。享受特殊困难家庭失能人员照料护理待遇的特困供养人员,按照“就高不就低”原则,不再执行《关于贯彻落实鲁政发〔2016〕26号文件进一步健全特困人员救助供养制度的实施意见》(淄政发〔2017〕20号)文件中三档照料护理标准。既符合职工长期护理保险待遇又符合享受特殊困难家庭人员照料护理待遇的失能人员,可结合本人实际和意愿,选择一种。特殊困难家庭人员在校生活补助、节日慰问金、合规的个人自负住院医疗费减免,系特殊用途非生活补助资金,不计入家庭收入。

在落实特殊困难家庭人员救助政策时,各职能部门、各镇(街道)要加大信息共享力度,避免出现同时享受多重多部门、相同或类似救助政策的情况。

(三)建立三级响应的反应机制。按照主动发现、甄别准确、救助到位、确保实效的原则,建立区、镇(街道)、村(居)三级联动的反应机制。在村(居)层面,成立救助工作站,配备1名民政协理员(网格员),负责主动发现、帮办代办、协助入户和动态调整等工作。在镇(街道)层面,行使社会救助审批主体责任,统筹负责各类社会救助的受理、审核、审批、公示、动态管理和工作成效督导等工作,同时建立完善社会救助综合服务信息平台,强化“一门受理”窗口建设,为困难群众提供快捷高效、细致周到的救助服务。在区级层面,民政部门负有社会救助工作主体监管责任,负责本级

社会救助政策制定、资金发放和政策落实,指导镇(街道)开展救助工作。

(四)建立健全长效机制。各部门及镇(街道)要建立健全公开透明、定期抽查、专项审计、年末评估相结合的考核评估机制,加强对各项救助资金使用情况的监督管理,确保资金使用效率。

本意见自印发之日起施行,有效期至2023年2月28日。相关规定与原政策规定不一致的,以本意见为准。

附件:1. 临淄区特殊困难家庭申请告知书

2. 临淄区特殊困难家庭失能人员基本生活照料护理申请审批表

3. 临淄区特殊困难家庭在校学生救助申请审批表

4. 临淄区特殊困难家庭“两便”不能自理人员照护用品申请审批表

5. 临淄区“两便”不能自理人员照护物资申领发放表(台帐)

临淄区特殊困难家庭申请告知书

您好,以下内容事关您自身权益,请仔细阅读。

特殊困难家庭人员指在城乡低保、扶贫开发、医疗救助、教育助学等社会救助政策落实后,日常生活仍存在一定困难的各类城乡居民家庭成员。主要包括以下各类人员:

(一)城乡低保、农村建档立卡贫困家庭、即时帮扶人口中的重度、中度、轻度失能人员。

(二)城乡低保边缘家庭中的重度、中度失能人员。城乡低保边缘家庭,指家庭年人均可支配收入在城乡低保标准 2 倍以内,且家庭财产符合城乡低保家庭经济状况认定标准。

(三)因伤因病造成持续支出型困难家庭中的重度失能人员。持续支出型困难家庭,指家庭当年可支配收入(申请救助之日起前 1 年)扣除当年家庭成员个人自负医疗费用(符合社会医疗保险支付范围的)后,年人均可支配收入在城乡低保标准 2 倍以内,且家庭财产符合城乡低保家庭经济状况认定标准。

(四)城乡低保、低保边缘、因伤因病持续支出型困难家庭、农村建档立卡贫困家庭、即时帮扶人口中的在校大学生以及孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童等在校大学生。

(五)城乡特困供养人员。

其中申请照料护理服务的,应同时符合无赡养人、抚养(扶养)人,或赡养人、抚养(扶养)人因年老、重病、在学、残疾等原因无照料护理能力的条件。

申请在校学生救助的,应于每年9月30日-10月15日之间向所在镇(街道)提报申请并交齐所需证明材料。

如果您不是城乡低保、特困供养、低保边缘、因伤因病持续支出型困难家庭、农村建档立卡贫困家庭和即时帮扶人口、孤儿、重点困境儿童和事实无人抚养儿童范围内的保障对象,申请前需先经有关部门、镇(街道)进行家庭属性和类别认定。若您不符合认定条件,请咨询镇(街道)工作人员有关政策。同时,也希望您能如实告知家庭人口、收入、财产状况及有赡养(抚养、扶养)关系的亲属真实状况,对故意隐瞒家庭人口、收入、财产以及赡养人、抚养人、扶养人信息,骗取有关待遇的,我们将严格按照法律法规追究当事人责任!

已理解政策并同意承担相应法律责任,请您签字!

申请人(或代理人)签字(摁手印):

年 月 日

附件 2

临淄区特殊困难家庭失能人员基本生活照料护理 申请审批表

| | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|--------|-------------------------------|------------------|----------------------------------|------|---------------------------------------|-------------|----------|
| 申请人姓名 | | 身份证号 | | 照片 (一寸免冠) | | | | | |
| 户籍类型 | <input type="checkbox"/> 农村 <input type="checkbox"/> 城市 | 联系方式 | | | | | | | |
| 代理人姓名 | | 身份证号 | | | | | | | |
| 与申请人关系 | | 联系方式 | | | | | | | |
| 是否残疾 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 残疾类别等级 | | | | | | | |
| 家庭住址 | _____镇(街道) _____村(居) _____户(号) | | | | | | | | |
| 家庭类别(工作人员填写) | <input type="checkbox"/> 城乡低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘 <input type="checkbox"/> 因伤因病造成持续支出型困难家庭 <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困家庭 <input type="checkbox"/> 即时帮扶人口 <input type="checkbox"/> 孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童 | | | | | | | | |
| 家庭情况 | 赡(抚、扶)养人是否具备照料护理能力 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 赡养人: _____名 抚养人: _____名 扶养人: _____名 | | | | | | | | |
| | 家中是否有患重病或长期住院治疗人员 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | | |
| | 家中有_____名残疾人;有 _____名 60 岁以上老年人;家中有_____名在校学生 | | | | | | | | |
| | 其他情况: | | | | | | | | |
| 已享受救助策 及标准 (工作人员填写) | <input type="checkbox"/> 低保 | | <input type="checkbox"/> 特困供养 | | <input type="checkbox"/> 残疾人两项补贴 | | <input type="checkbox"/> 建档立卡(即时帮扶人口) | | |
| | 元/月 | | 元/月 | | 元/月 | | 元/年 | | |
| | <input type="checkbox"/> 孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童 | | <input type="checkbox"/> 医疗救助 | | <input type="checkbox"/> 临时救助 | | <input type="checkbox"/> 其他 | | |
| 元/月 | | 元/年 | | 元/年 | | 元/年 | | | |
| 赡养和抚、扶养人情况 | 与申请人关系 | 姓名 | 年龄 | 联系电话 | 残疾等级 | 疾病名称 | 年收入(万元) | 车、房、财产等收入情况 | 需要说明其他情况 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

根据有关规定，失能等级需接受专业人员对本人自理能力的评估。评估人员将入户核查有关情况，并根据相关标准开展能力评估。评估过程中需要录音、录像及采集相关信息等，请申请人及家属给予积极配合。

本人已认真阅读并同意上述内容，承诺所填信息均真实无误。

申请人签字（摁手印）： _____ 年 月 日

村（居）调查核实情况及意见：

经办人：

负责人：

（公章） _____ 年 月 日

评估机构评估情况及评估结论：

经评估该申请人自理等级为 _____ ，评估有效期 _____ 个月。

经办人：

负责人：

（机构公章） _____ 年 月 日

镇（街道）审核意见：

经办人：

负责人：

（公章） _____ 年 月 日

镇（街道）审批意见：

经办人：

负责人：

（公章） _____ 年 月 日

说明：1.此表一式两份，正反打印，镇（街道）一份、相关业务部门留存一份。

2.“家庭类别”“已享受救助政策及标准”一栏由镇（街道）工作人员填写。

附件 3

临淄区特殊困难家庭在校学生救助申请审批表

| | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------|---|--|---------------------------------------|---|------------|----------------|---------------------------|-----------------------|
| 申请人姓名 | | 身份证号 | | 照片 (一寸免冠) | | | | | |
| 性 别 | | 联系方式 | | | | | | | |
| 代理人姓名 | | 身份证号 | | | | | | | |
| 与申请人关系 | | 联系方式 | | | | | | | |
| 申请人就读学校 | | 就学学段 | <input type="checkbox"/> 义务教育 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 高等教育 <input type="checkbox"/> 研究生 | 年级、班级 | | | | | |
| 家庭住址 | | 镇(街道) _____ 村(居) _____ 户(号) _____ | | | | | | | |
| 家庭类别(工作人员填写) | | <input type="checkbox"/> 城乡低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘 <input type="checkbox"/> 因伤因病造成持续支出型困难家庭 <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困家庭 <input type="checkbox"/> 即时帮扶人口 <input type="checkbox"/> 孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童 | | | | | | | |
| 家庭情况 | | 家中是否有患重病或长期住院治疗人员 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | | | |
| | | 是否享受教育资助(含各项学生资助及慈善、社会定向捐助)、研究生课题补助金 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 每月领研究生课题金 _____ 元 | | | | | | | |
| | | 是否在校勤工俭学、在外兼职 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 每月收入 _____ 元 | | | | | | | |
| | | 其他情况: | | | | | | | |
| 已享受救助策 及标准 | | <input type="checkbox"/> 低保 | <input type="checkbox"/> 残疾人两项补贴 | <input type="checkbox"/> 建档立卡(即时帮扶人口) | <input type="checkbox"/> 孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童 | | | | |
| | | 元/月 | 元/月 | 元/月 | 元/月 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 医疗救助 | <input type="checkbox"/> 临时救助 | <input type="checkbox"/> 建档立卡家庭教育补助 | <input type="checkbox"/> 其他 | | | | |
| | | 元/年 | 元/年 | 元/年 | 元/年 | | | | |
| 申请人家庭 居 员 基 本 情 况 | 与申请人关系 | 姓 名 | 年 龄 | 联系电话 | 疾 残 等 级 | 疾 病 名 称 | 年 收 入 (万 元) | 车、房 等收 入 财 产 情 况 | 需 要 说 明 其 他 情 况 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

根据有关规定,在校学生需提供学校出具的相关证明材料,可通过教育系统核对得到的,则不需提供。个人申请、证明材料应于每年9月30日-10月15日之间提交所在镇(街道),逾期不再受理。根据需要,可能还需录音、录像及采集相关信息等,请申请人及家属给予积极配合。

本人已认真阅读并同意上述内容,承诺所填信息均真实无误。

申请人签字(摁手印): _____ 年 月 日

村(居)调查核实情况及意见:

经办人:

负责人:

(公章) _____ 年 月 日

区教体局比对意见:

经办人:

负责人:

(公章) _____ 年 月 日

民政或扶贫部门审核意见:

经办人:

负责人:

(公章) _____ 年 月 日

镇(街道)审批意见:

经办人:

负责人:

(公章) _____ 年 月 日

说明: 1.此表一式两份,正反打印,镇(街道)一份、相关业务部门留存一份。

2.“家庭类别”“已享受救助政策及标准”一栏由镇(街道)工作人员填写。

附件 4

____年度临淄区特殊困难家庭“两便”不能自理
人员照护用品申请审批表

| | | | | | | | | | |
|---------------------|---|----------------------------------|---------------------------------------|---|------|------|---------|-------------|-----------|
| 申请人姓名 | | 身份证号 | | 照片 (一寸免冠) | | | | | |
| 户籍类型 | <input type="checkbox"/> 农村 <input type="checkbox"/> 城市 | 联系方式 | | | | | | | |
| 代理人姓名 | | 身份证号 | | | | | | | |
| 与申请人关系 | | 联系方式 | | | | | | | |
| 是否残疾 | | 残疾类别等级 | | | | | | | |
| 家庭住址 | _____镇(街道)_____村(居)_____户(号) | | | | | | | | |
| 家庭类别(工作人员填写) | <input type="checkbox"/> 城乡低保 <input type="checkbox"/> 低保边缘 <input type="checkbox"/> 因伤因病造成持续支出型困难家庭 <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困家庭 <input type="checkbox"/> 即时帮扶人口 <input type="checkbox"/> 孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童 | | | | | | | | |
| 家庭情况 | 赡(抚、扶)养人是否具备照料护理能力 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 赡养人: _____名 抚养人: _____名 扶养人: _____名 | | | | | | | | |
| | 家中有_____名残疾人;其中两便不能自理 _____名 | | | | | | | | |
| | 其他情况: | | | | | | | | |
| 已享受救助策 及标准 | <input type="checkbox"/> 低保 | <input type="checkbox"/> 残疾人两项补贴 | <input type="checkbox"/> 建档立卡(即时帮扶人口) | <input type="checkbox"/> 孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童 | | | | | |
| | 元/月 | 元/月 | 元/月 | 元/月 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 医疗救助 | <input type="checkbox"/> 临时救助 | <input type="checkbox"/> 建档立卡家庭教育补助 | <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | |
| | 元/年 | 元/年 | 元/月 | 元/年 | | | | | |
| 申请人家庭 成员基本 情况 | 与申请人关系 | 姓名 | 年龄 | 联系电话 | 残疾等级 | 疾病名称 | 年收入(万元) | 车、房、财产等收入情况 | 需要说明的其他情况 |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

根据有关规定，需提供申请人病例及相关证明材料。根据需要，第三方需入户核实，可能还需录音、录像以及采集其他相关信息，请申请人及家属给予积极配合。

本人已认真阅读并同意上述内容，承诺所填信息均真实无误。

申请人签字（摁手印）：

年 月 日

村（居）调查核实情况及意见：

经办人：

负责人：

（公章）

年 月 日

评估机构评估情况及评估结论：

经评估该申请人：是 否 符合“两便不能自理”照护用品申领条件。

经办人：

负责人：

（机构公章）

年 月 日

镇（街道）审核意见：

经办人：

负责人：

（公章）

年 月 日

镇（街道）审批意见：

经办人：

负责人：

（公章）

年 月 日

说明：1.此表一式两份，正反打印，镇（街道）一份、相关业务部门留存一份。

2.“家庭类别”一栏应由镇（街道）工作人员填写。

临淄区_____年度“两便”不能自理人员照护物资申领发放表（台帐）

_____镇（街道）

| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 困难家庭类型 | 失能等级 | 残疾等级 | 申领物资名称（纸尿裤、被褥、毛巾、床单 包/件） | 时间 | 申领人签字 |
|----|----|------|--------|------|------|--------------------------|----|-------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

抄送：区委各部门，区人大、区政协、区纪委监委、区人武部办公室，
区法院，区检察院。

临淄区人民政府办公室

2020年6月23日印发
