附件1

残疾人两项补贴申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 残疾人基本情况 | | | | | | | | |
| 申请人姓名 |  | | 性别 |  | 身份证号 | |  | |
| 户籍所在地 |  | | | | 残疾人证号 | |  | |
| 残疾类别 |  | | | | 残疾等级 | |  | |
| 实际居住地 |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 申请项目 | □ 低保家庭内重度残疾人 □ 低保家庭内非重度残疾人  □ 低保家庭外无固定收入重度残疾人 □ 一户多残、依老养残家庭残疾人  □ 无业三、四级精神、智力残疾人 □ 重度残疾人护理补贴 | | | | | | | |
| 享受其他补贴（津贴）情况 | □孤儿基本生活保障 □工伤保险 □特困供养人员 □伤残抚恤 □离休 | | | | | | | |
| 就业情况 | □无业 □灵活就业 □固定单位就业 □退休人员 □未成年或满18周岁在读 | | | | | | | |
| 收入情况 | 工资性收入每月 元，经营净收入每月 元，  财产净收入每月 元，转移净收入每月 元。 | | | | | | | |
| 本人承诺 | 本人了解张家港市残疾人两项补贴政策，郑重承诺：表格中所填写的内容及所提供的材料均真实、有效，无虚假欺骗和隐瞒，如存在不实之处，愿停止申请或停止享受补贴，并承担相应法律责任。补贴条件发生变化的，将主动告知变化情况，自觉接受并配合调查核实工作。  申请人（监护人、被委托人）签名： 年 月 日 | | | | | | | |
| 核实审批情况 | | | | | | | | |
| 调查情况 | 调查人员 、 ，于\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日，通过数据比对、入户调查、邻里访问、信函索证、信息核对等方式开展调查，情况属实。  调查工作负责人： 年 月 日 | | | | | | | |
| 审核情况 | 经审核，该残疾人符合补贴条件，同意从\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_月起，给予该残疾人生活补贴每月\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元，护理补贴每月\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。  审核人： 年 月 日 | | | | | | | |
| 残联审批 | 经审核，该残疾人持证信息真实有效，建议按规定发放补贴。  审核人： 单位（公章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 审批意见 | 经审核，该残疾人符合补贴条件，同意按规定发放补贴。  审批负责人： 单位（公章）  年 月 日 | | | | | | | |
| 补贴发放管理信息 | | | | | | | | |
| 开户人姓名 |  | 联系电话 | |  | | 开户人与申请人关系 | |  |
| 管理人姓名 |  | 联系电话 | |  | | 管理人与申请人关系 | |  |
| 开户银行 |  | | | | | 银行账号 |  | |

（一户多残家、依老养残家庭基本信息附后）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一户多残家庭基本信息 | | | | | | | | |
| 户主姓名 |  | 家庭人口 |  | 联系电话 | |  | | |
| 残疾人数 |  | | | 未成年人和在校读书人数 | | |  | |
| 固定职业 |  | 灵活就业 |  | 无业人数 | |  | | |
| 一户多残重要关联成员信息（可根据成员数相应增删行数） | | | | | | | | |
| 残疾人1姓名 |  | 身份证号 | |  | | | | |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 残疾人证号 |  | | | |
| 与申请人关系 |  | 是否边缘对象 |  | 是否就业 |  | 月收入 | |  |
| 人员类别 | □无业 □灵活就业 □固定单位就业 □退休人员 □未成年或满18周岁在读 | | | | | | | |
| 参保信息 | □居民养老保险 □居民医疗保险 □职工养老保险 □职工医疗保险 | | | | | | | |
| 残疾人2姓名 |  | 身份证号 | |  | | | | |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 残疾人证号 |  | | | |
| 与申请人关系 |  | 是否边缘对象 |  | 是否就业 |  | 月收入 | |  |
| 人员类别 | □无业 □灵活就业 □固定单位就业 □退休人员 □未成年或满18周岁在读 | | | | | | | |
| 参保信息 | □居民养老保险 □居民医疗保险 □职工养老保险 □职工医疗保险 | | | | | | | |
| 家庭其他成员信息（可根据成员数相应增删行数） | | | | | | | | |
| 成员1姓名 |  | 身份证号 | |  | | | | |
| 与申请人关系 |  | 是否边缘对象 |  | | 月收入（元） | | |  |
| 人员类别 | □无业 □灵活就业 □固定单位就业 □退休人员 □未成年或满18周岁在读 | | | | | | | |
| 参保信息 | □居民养老保险 □居民医疗保险 □职工养老保险 □职工医疗保险 | | | | | | | |
| 成员2姓名 |  | 身份证号 | |  | | | | |
| 与申请人关系 |  | 是否边缘对象 |  | | 月收入（元） | | |  |
| 人员类别 | □无业 □灵活就业 □固定单位就业 □退休人员 □未成年或满18周岁在读 | | | | | | | |
| 参保信息 | □居民养老保险 □居民医疗保险 □职工养老保险 □职工医疗保险 | | | | | | | |
| 家庭经济收入整体情况 | | | | | | | | |
| □已有家庭成员被认定为边缘对象，建议简省收入核查环节。 □综合以上情况，该户共 名家庭成员， 名残疾人，总收入 元，人均 元。 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 依老养残家庭基本信息 | | | | | |
| 户主姓名 |  | 家庭人口 |  | 联系电话 |  |
| 残疾人数 |  | 老年人数 |  | 未成年人和在校读书人数 |  |
| 固定职业 |  | 灵活就业 |  | 无业人数 |  |
| 依老养残重要关联成员信息 | | | | | |
| 退休人1姓名 |  | 身份证号 | |  | |
| 与申请人关系 |  | 健康状况 |  | 月收入（元） |  |
| 参保信息 | ¨居民养老保险 ¨居民医疗保险 ¨职工养老保险¨职工医疗保险 | | | | |
| 退休人2姓名 |  | 身份证号 | |  | |
| 与申请人关系 |  | 健康状况 |  | 月收入（元） |  |
| 参保信息 | ¨居民养老保险 ¨居民医疗保险 ¨职工养老保险¨职工医疗保险 | | | | |
| 家庭其他成员信息 | | | | | |
| 成员1姓名 |  | 身份证号 | |  | |
| 与申请人关系 |  | 是否边缘对象 |  | 月收入（元） |  |
| 人员类别 | ¨无业 ¨灵活就业 ¨固定单位就业 ¨退休人员 ¨未成年或满18周岁在读 | | | | |
| 参保信息 | ¨居民养老保险 ¨居民医疗保险 ¨职工养老保险¨职工医疗保险 | | | | |
| 成员2姓名 |  | 身份证号 | |  | |
| 与申请人关系 |  | 是否边缘对象 |  | 月收入（元） |  |
| 人员类别 | ¨无业 ¨灵活就业 ¨固定单位就业 ¨退休人员 ¨未成年或满18周岁在读 | | | | |
| 参保信息 | ¨居民养老保险 ¨居民医疗保险 ¨职工养老保险¨职工医疗保险 | | | | |
| 家庭经济收入整体情况 | | | | | |
| □已有家庭成员被认定为边缘对象，建议简省收入核查环节。 □综合以上情况，该户共 名家庭成员， 名残疾人， 名退休人员，总收入 元，人均 元。 | | | | | |

附件2

委托申领残疾人两项补贴授权书

委 托 人： 身份证号：

受 托 人： 身份证号：

联系方式： 联系地址：

本人因 原因，不能亲自办理□困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴 申请手续，特委托我的 （与本人关系） （姓名） 作为我的合法代理人，全权代表我办理相关事项，对受托人在办理上述事项过程中所签署的有关文件，我均予认可，并承担相应的法律责任。

委托期限：

委托人：

受托人：

年 月 日

附件3

收入证明事项告知承诺书

一、基本信息

（一）申请人

姓名： 身份证号码：

残疾人证号码： 联系方式：

委托代理人

姓名： 身份证号码：

联系方式：

行政机关

名称： 联系人：

联系方式：

二、行政机关告知

**（一）行政事项名称：**困难残疾人生活补贴

**（二）证明事项名称：**无固定收入/家庭人均收入在当地低保标准2倍以内

**（三）设定证明的依据：**根据《江苏省民政厅 江苏省财政厅 江苏省残联关于完善困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的实施意见》（苏民规〔2022〕4号）规定，困难残疾人生活补贴对象为低保家庭内的残疾人，低保家庭外无固定收入（是指连续六个月工资性收入、经营净收入、财产净收入、转移净收入等各类收入的月平均值低于当地最低生活保障标准）的重度残疾人，家庭人均收入在当地低保标准2倍以内的一户多残、依老养残特殊困难残疾人。

家庭人均收入是指共同生活的家庭成员的人均收入，共同生活的家庭成员包括：（1）申请人；（2）申请人配偶；（3）申请人未成年子女和在校接受全日制学历教育的成年子女；（4）同一户籍下，其他与申请人共同生活且具有法定赡养、扶养、抚养义务关系的人员（含长期或者阶段性在外务工人员）；（5）县级以上民政部门根据有关规定和实际情况认定的其他人员。下列人员不计入共同生活的家庭成员：（1）在军队服役的义务兵；（2）连续三年以上（含三年）脱离家庭独立生活的宗教教职人员；（3）在监狱内服刑、在戒毒所强制隔离戒毒人员；（4）经人民法院宣告失踪的人员；（5）未经人民法院宣告失踪，但能够提供登报寻人启事、公安部门出具的立案通知书等材料，证明连续两年以上（含两年）下落不明、与家庭失去联系人员；（6）县级以上民政部门根据有关规定和实际情况认定的其他人员。

一户多残是指共同生活的家庭成员中有2名（含）以上残疾人。依老养残是指残疾人由父母供养且父母一方达到法定退休年龄，或依法由祖父母、外祖父母、其他亲属供养且供养人有一方达到法定退休年龄。

参照《江苏省居民最低生活保障工作规程》，优待性收入、奖励性收入、普惠性收入、救助性收入、特定用途性收入、就业成本以及当地政府规定的其他不应当计入家庭收入的项目不计入收入。收入依托居民家庭经济状况核对机制进行核查。

**（四）证明的内容：**申请人的固定收入/家庭人均收入。

**（五）承诺方式：**本证明事项采用书面承诺方式，申请人愿意作出承诺的，应当向行政机关提交签章后的告知承诺书原件。

本证明事项可以代为承诺，由委托代理人代替申请人作出承诺的，委托代理人应当一并提交申请人的特别授权书。

三、行政机关核查权力

行政机关对申请人作出的承诺，将根据不同情形，运用多种方式进行事中事后核查。

四、不实承诺的责任

对在事中事后核查发现承诺不实的，行政机关将依法依规终止办理申请、撤销审批决定、追缴发放资金，涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。

本承诺书将予长期公开。

**五、申请人承诺**

申请人现作出下列承诺：

（一）已经知晓行政机关告知的全部内容。

（二）已经符合行政机关告知的条件、标准、要求，具体为：本申请人的固定收入/家庭人均收入为 元/月。

（三）愿意承担不实承诺的法律责任。

（四）本告知承诺书中填写的信息真实、准确。

（五）上述承诺是申请人真实的意思表示。

申请人（委托代理人）： 签字（盖章） 行政机关：（盖章）

年 月 日 年 月 日

（本文书一式两份，行政机关和申请人各执一份）

附件4

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注：上面方框内为工作人员填写的授权书编号）

经济状况核对授权书

为申请困难残疾人生活补贴，本人及家庭成员现就有关事项作出如下授权、承诺：

一、 具有完全民事行为能力，是我们全家共同推荐的家庭经济状况核对具体申报经办人，其申请和经办行为代表全家的意愿。

二、本人及家庭成员已了解并愿意遵守困难残疾人生活补贴和核对等有关政策规定，所提供的材料全部真实有效，所申报的收入和财产全部真实完整，如有虚假或瞒报，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。

三、本人及家庭成员和赡（扶、抚）养人同意授权县级以上民政部门及其指定的经济状况核对机构对本家庭成员的收入和财产等信息进行核对，包括到公安、民政、司法、人社、自然资源、交通、市场监管、税务等相关部门，以及银行、证券等金融机构进行核对，并自愿接受、配合基层工作人员按规定进行入户调查、民主评议等工作。

四、本授权书自签署之日起生效。如经核对不符合要求，则授权终止；如经核对符合要求，则授权在享受困难残疾人生活补贴期间内有效。家庭成员发生变化或再次申请，需重新签署授权书。

五、本授权书一式三份，一份由家庭保管，一份作为申报资料，一份作为经济状况核对机构核对依据并存档。

核对对象签名、身份证号码和摁指模印

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭类别 | 姓 名 | 与户主关系 | 身份证号码 | 签 字 | 指模印 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：无民事行为能力或限制民事行为能力的家庭成员由其法定监护人代签并摁指模印

基层经办人签字： 日期： 年 月 日

附件5

受 理 通 知 书

（存 根）

〔 〕第 号

：

您于 年 月 日提出的□困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴申请，经核对，符合规定的受理条件，现决定予以受理。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

受 理 通 知 书

〔 〕第 号

：

您于 年 月 日提出的□困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴申请，经核对，符合规定的受理条件，现决定予以受理。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

附件6

不予受理通知书

（存 根）

〔 〕第 号

：

您于 年 月 日提出的□困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴申请，经核对，您因 不符合规定的受理条件，现决定不予受理。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

不予受理通知书

〔 〕第 号

：

您于 年 月 日提出的□困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴申请，经核对，您因 不符合规定的受理条件，现决定不予受理。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

附件7

残疾人两项补贴对象公示

经调查审核，以下人员（不含未成年人）享受残疾人两项补贴。有关情况公示如下，接受全体村（居）民监督。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **起始年月** | **生活补贴**  **（元/月）** | **护理补贴**  **（元/月）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

以上人员如有问题，请及时向村（居）民委员会反映，审核、审批机关将按有关程序进行处理。

村（居）民委员会联系电话：

镇（街道）联系电话：

举报电话：

特此公示。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

附件8

准 予 补 贴 通 知 书

（存 根）

〔 〕第 号

：

您于 年 月 日提出的申请，经审定，符合 （具体文件名） 文件中 （具体到哪一类残疾人补贴类型） ，决定自 年 月起按月向您发放补贴，现行标准为人民币 元。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

准 予 补 贴 通 知 书

〔 〕第 号

：

您于 年 月 日提出的申请，经审定，符合 （具体文件名） 文件中 （具体到哪一类残疾人补贴类型） ，决定自 年 月起按月向您发放补贴，现行标准为人民币 元。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

附件9

不 予 补 贴 通 知 书

（存 根）

〔 〕第 号

：

您于 年 月 日提出的申请，经审定，不符合文件的（具体文件名） 规定，决定不予补贴。如不服本决定，可以依法提出行政复议或提起行政诉讼。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

不 予 补 贴 通 知 书

〔 〕第 号

：

您于 年 月 日提出的申请，经审定，不符合文件的（具体文件名） 规定，决定不予补贴。如不服本决定，可以依法提出行政复议或提起行政诉讼。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

附件10

补 贴 停 发 通 知 书

（存 根）

〔 〕第 号

：

经核实，因您 等原因，根据文件 规定，决定自 年 月起停止向您发放 □困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴 。如不服本决定，可以依法提出行政复议或提起行政诉讼。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

---------------------------------------------------------------------

补 贴 停 发 通 知 书

〔 〕第 号

：

经核实，因您 等原因，根据文件 规定，决定自 年 月起停止向您发放 □困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴 。如不服本决定，可以依法提出行政复议或提起行政诉讼。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

附件11

补 贴 变 更 通 知 书

（存 根）

〔 〕第 号

：

经核实，因您 年 月（□经济状况 □残疾等级）发生变化并提交补贴变更申请，根据 文件规定，经审定，决定自 年 月起变更 □困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴标准，按月向您发放 □困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴 人民币 元。如不服本决定，可以依法提出行政复议或提起行政诉讼。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

补 贴 变 更 通 知 书

〔 〕第 号

：

经核实，因您 年 月（□经济状况 □残疾等级）发生变化并提交补贴变更申请，根据 文件规定，经审定，决定自 年 月起变更 □困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴 标准，按月向您发放 □困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴 人民币 元。如不服本决定，可以依法提出行政复议或提起行政诉讼。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

附件12

残疾人两项补贴发放关系转移单

（存 根）

〔 〕第 号

（市、区） 镇（街道）：

兹有我镇（街道） 同志户籍迁入贵乡镇（街道），根据有关规定，现将其（□困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴）发放关系及原两项补贴申请档案转至贵单位，请予以接收。

我镇（街道）对其发放补贴至 年 月，请贵乡镇（街道）从 年 月开始续发。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日

残疾人两项补贴发放关系转移单

〔 〕第 号

（市、区） 镇（街道）：

兹有我镇（街道） 同志户籍迁入贵镇（街道），根据有关规定，现将其（□困难残疾人生活补贴 □重度残疾人护理补贴）发放关系及原两项补贴申请档案转至贵单位，请予以接收。

我镇（街道）对其发放补贴至 年 月，请贵镇（街道）从 年 月开始续发。

镇人民政府（街道办事处）

年 月 日