

社会救助申请审核确认表

申请类别	☐ 城乡低保 ☐ 特困供养 ☐ 急难型临时救助 ☐ 支出型临时救助 ☐ 低保边缘家庭 ☐ 医疗救助				
申请人姓名		性别		出生年月	
民族		身份证号码			
是否残疾人	☐ 是：残疾等级和类别：_____ ☐ 否				
生活自理能力 (申请特困选填)	☐ 自主吃饭 ☐ 自主穿衣 ☐ 自主上下床 ☐ 自主如厕 ☐ 室内自主行走 ☐ 自主洗澡				
实际居住住址	_____省_____市_____县(市/区)_____乡镇(街道)_____村(社区)_____				
户籍地址	_____省_____市_____县(市/区)_____乡镇(街道)_____村(社区)_____				
共同生活家庭成员基本情况(含本人)					
姓名	与申请人关系	身份证号码	月收入(元)	是否共同申请	
法定赡养、抚养、扶养义务人基本情况					
姓名	与申请人关系	身份证号码	月收入(元)	备注	
申请原因 (困难情形描述)					
救助待遇 核准支付信息	开户银行：_____ 开户人：_____ 银行账号：_____				
申请人 承诺信息	1. 本人保证申报材料全部真实有效。本人及家庭成员若采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取社会救助资格的，愿意接受社会救助管理部门按规定给予的处罚。 2. 本人及家庭成员自愿接受并配合工作人员对各项收入和财产信息的调查、核查，如实提供材料；同意按相关规定进行公示。 3. 本人及家庭成员家庭财产符合规定，家庭基本情况和收入、财产状况如有变动，本人将及时向当地社会救助经办机构主动报告。 以上是本人自愿作出的承诺，愿自觉信守、忠实履行，并承担相应的法律责任。 申请人(签名并按指纹)：_____ 手机号码：_____ 授权委托人(签名并按指纹)：_____ 手机号码：_____				

经办人 承诺信息	作为一名社会救助工作人员，我郑重作出以下承诺： 1. 按照公开、公平、公正、及时的原则，坚决杜绝弄虚作假、优亲厚友、推诿扯皮，执法不公等行为，认真履行自己的职责。 2. 按照社会救助有关规定，及时受理救助申请，并在规定时间内完成调查、审核和确认等程序。落实告知义务，主动向社会公众告知社会救助的申请条件、救助标准、办理流程、办理时限、办理渠道、咨询电话等事项。 3. 尊重群众个人隐私和人格尊严，遵守保密规定，严格控制群众递交材料的知悉范围，保护其个人隐私不受侵犯。 我将恪守以上承诺，竭尽所能为服务对象提供优质的救助服务。 乡镇（街道）经办人签字：_____年 月 日
村（社区） 协查意见	经调查，该家庭总人口_____人，系_____家庭，符合申请_____，同意上报乡镇人民政府（街道办事处）。 协查人：_____ 审核人：_____ 单位（盖章）：_____ _____年 月 日
乡镇（街道） 审核意见	经审核，该户符合下列社会救助类型中第_____项： 1. 符合最低生活保障条件，建议对该户_____人从_____年_____月起每月发放保障金合计_____元。符合支出型困难人口_____人。 2. 符合特困人员救助供养条件，经调查评估，该申请人属_____（全自理/半护理/全护理）特困人员，供养形式为_____（集中/分散）供养。建议对该户从_____年_____月起每月发放供养金_____元。 3. 符合临时救助条件，建议_____年_____月由☐本级 ☐区县级 给予该户☐急难型 ☐支出型临时救助金_____元。 4. 符合低保边缘家庭条件。 经办人：_____ 审核人：_____ _____年 月 日
乡镇（街道） 确认（审批） 意见	经研究，同意该户享受以下待遇： ☐城乡低保 ☐特困供养 ☐急难型临时救助 ☐支出型临时救助 ☐低保边缘家庭 审批人：_____ 单位（盖章）：_____ _____年 月 日
区民政局 审批意见 (临时救助)	经审核，该家庭符合临时救助条件，同意给予临时救助_____元。 经办人：_____ 审核人：_____ 审批人：_____ _____年 月 日 单位（盖章）：_____
临时救助 实施情况	☐现金发放 ☐实物发放 ☐社会化发放

附件 2

编号：居经授 乡镇（街道）[20]第 号

救助申请家庭经济状况核对授权书

本人同意授权审批机构¹及全国各级居民家庭经济状况核对机构通过司法机关²、政府机构³、群团组织⁴、金融机构、提供货币资金转移服务的非银行支付机构、大数据管理及服务机构、公共事业单位、相关行业性组织和社会团体等涉及本人基本信息及家庭经济状况信息的机构、单位、部门，就社会救助、社会福利等社会保障类以及其他需要依据居民家庭经济状况进行行政确认、行政给付、行政审批等的相关事项，对本人基本信息及家庭经济状况信息进行查询、核算和比对。

本人亦同意授权合法留存本人基本信息和家庭经济状况信息的前述机构予以配合提供本人基本信息和家庭经济状况信息。

本授权有效期限自签署之日起至申请人⁵退出该事项止。

本人承诺以下身份证件号码、签名（或指印）均真实有效，如有虚构、隐瞒、伪造，本人愿意承担相应法律责任及后果。

本人声明：本人已仔细阅读上述所有条款及填写须知，且对所有条款的含义及相应的法律后果已全部知晓并充分理解，本人自愿作出上述授权、承诺和声明。

授权人信息

姓名	与申请人关系	证件类型	证件号码	签名/指印

乡镇（街道）经办人员（签名）：_____

_____年____月____日

填写须知：

1、审批机构¹包括但不限于：乡镇（街道）及以上人民政府、县级及以上社会救助、社会福利等社会保障类主管部门、乡村振兴部门。

2、司法机关²包括但不限于：法院、检察院。

3、政府机构³包括但不限于：发展改革、教育、公安、司法行政、财政、税务、民政、人力资源社会保障、医保、规划和自然资源、住房城乡建设、海事、退役军人事务、农业农村、乡村振兴、卫生健康、市场监管、金融监管、应急管理、通信管理、能源、统计、政务数据管理、监狱管理局，以及法律、法规授权的具有管理公共事务职能的组织。

4、群团组织⁴包括但不限于：残联、工会、红十字会。

5、申请人⁵指授权人本人以及与本人相关的其他申请人。

6、采用纸质授权书方式授权的，应由授权人本人或其监护人亲笔签名或按捺指印以确认。

7、采用电子授权书方式授权的，需经身份鉴别确认授权人本人或其监护人身份后，通过可靠的电子签名方式确认授权。

8、授权人为无民事行为能力人、限制民事行为能力人的，由其监护人签署。

9、监护人承诺其签署授权书时监护人身份真实有效，并承担相应法律责任及后果。

社会救助申请受理通知书（存根）

编号：

_____同志于_____年____月____日的申请☐最低生活保障/
☐低保边缘家庭/☐特困人员救助供养/☐临时救助相关材料，经审查资料
齐全，现予以正式受理。

联系电话：

申请人或受委托人签字/指印：

乡镇/街道(盖章)：

受理日期：_____年____月____日

社会救助申请受理通知书

编号：

_____同志：

您于_____年____月____日交来的申请☐最低生活保障/☐低保边缘家庭/☐特困人员救助供养/☐临时救助相关资料收悉。依据社会救助政策相关规定，经审查申请资料齐全，从即日起正式受理，我们将按照相关审核审批程序在_____个工作日以内提出审核确认意见。在此期间，请积极配合审核确认机关的调查。本通知书请妥善保管，以作为您查询相应社会救助申请审批情况或向上级机关反映情况的依据。

申请人或受委托人签字/指印：

签发人：

乡镇/街道(盖章)：

受理日期：_____年____月____日

社会救助不予确认通知书（存根）

编号：

户主姓名：_____身份证号码：_____

家庭人口数：_____家庭住址：_____

家庭年总收入_____元，人均年收入_____元，未确认原因：_____

联系电话：

收件人签名（指印）：

日期：_____年_____月_____日

社会救助不予确认通知书

编号：

_____同志：

你于_____年_____月_____日，申请享受☐最低生活保障/☐低保边缘家庭/☐特困救助分散供养/☐特困救助集中供养/☐急难型临时救助/☐支出型临时救助待遇，经调查核实，由于你户_____，不符合_____的有

关规定，决定不予确认。

特此通知

联系电话：

收件人签名（指印）：

乡镇/街道（公章）

日期：_____年_____月_____日

社会救助确认告知书

(_____年第_____号)

_____乡镇(街道)_____村(居)民委员会_____同志:

经审核,您家庭/本人符合本地区最低生活保障/特困人员救助供养/低保边缘家庭条件,根据《社会救助暂行办法》等制度规定,确认为☐城市最低生活保障/☐农村最低生活保障/☐特困人员救助分散供养/☐特困人员救助集中供养/☐低保边缘家庭,纳入保障的家庭人口共_____人,分别为:_____ (身份证号:_____)、_____ (身份证号:_____)、_____ (身份证号:_____)。

您家庭的人口、收入和财产状况如有变动,应及时告知_____乡镇人民政府(街道办事处),联系电话:_____。

(以下内容仅适用于最低生活保障和特困人员救助供养)

核定您家庭月人均救助金额_____元,自_____年____月起发放低保(特困供养)金,您可以通过“福建乡村振兴(扶贫惠民)资金网”等在线查看资金发放情况。

特此告知。

乡镇(街道)确认(盖章)

年 月 日

(本告知书一式2份,乡镇政府(街道办事处)与送达人各留存1份)

社会救助调整（退保）告知书

编号：

_____乡镇（街道）_____村（居）民委员会_____同志：

根据《社会救助暂行办法》等制度规定，经过重新核算认定，决定对您家庭的保障情况作如下调整：

☐人口/金额增（减）：保障金额由原_____元/月调整为_____元/月；保障人口由_____人调整为_____人。

调整原因：

☐整户退保：经审核，您家庭的保障情况需做出以下第_____项退出处理：

1. _____年_____月，将您家庭退出☐最低生活保障/☐特困人员救助供养；从_____年_____月起，对您家庭领取的☐最低生活保障金/☐特困供养金予以停发。

2. _____年_____月，将您家庭退出低保边缘家庭。

退保原因：

若需咨询或监督，欢迎致电区民政局社会救助科：0591-62109919。

若不服上述决定，可自收到本告知书之日起 60 日内向区民政局提出复议申请。

送达人：_____

乡镇/街道（盖章）

年 月 日

（本告知书一式 2 份，乡镇政府（街道办事处）、送达人各留存 1 份）