**附件1**

**社会救助申请(定期核查)表及授权书**

 (区) (街道、乡镇) 本人现提出申请(\*请在前小框内勾选):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □城乡最低生活保障 | □城乡低收入家庭 | □城乡特困人员供养 |
| □生活困难补助 | □临时救助 | □其他  |

**1.** **家庭基本情况** **家庭成员基本信息**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | 申请人(持证人) | 家庭成员1 | 家庭成员2 | 家庭成员3 | 家庭成员4 |
| 姓名 |  |  |  |  |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |
| 健康状况 | □健康□慢性疾病□重大疾病 □其他 | □ 健康□慢性疾病 □重大疾病 □其他 | □健康□慢性疾病□重大疾病 □其他 | □健康□慢性疾病□重大疾病 □其他 | □ 健康慢性疾病重大疾病 □其他 |
| 就业状况 | □单位就业□灵活就业□自谋职业(自主创业) □未就业(其 中已登记失业 □) | 单位就业 □灵活就业□自谋职业(自主创业) □未就业(其 中已登记失业 □) | □单位就业□灵活就业□自谋职业(自主创业) □未就业(其 中已登记失业 □) | □ 单位就业 □灵活就业□自谋职业(自主创业) □未就业(其 中已登记失业 □) | 单位就业 □灵活就业□自谋职业(自主创业) □未就业(其 中已登记失业 □) |
| 未就业原由 | □怀孕□在哺乳期□长期照护家 庭成员\*□单亲抚养学 前儿童□其他 | 口怀孕□在哺乳期□长期照护家 庭成员\*□单亲抚养学 前儿童□其他 | □怀孕□在哺乳期□长期照护家 庭成员\*口单亲抚养学 前儿童□其他 | □怀孕口在哺乳期□长期照护家 庭成员\*□单亲抚养学前儿童 □其他 | □怀孕□在哺乳期口长期照护家 庭成员\*□单亲抚养学前儿童 □其他 |
| 户籍地址 |  |  |  |  |  |
| 家庭居住地址 | □同户籍地址 □其他 | □同户籍地址 □其他 | □同户籍地址 □其他 | □同户籍地址 □其他 | □同户籍地址 □其他 |
| 联系电话 |  |  |  |  |  |
| 16周岁及以下未成年人或16周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生 | □是 □否 | □是 □否 | □是 □否 | □是 □否 | □是 口否 |

长期照护家庭成员\*指长期照护失能失智或重度残疾的家庭成员。

**法定赡养、抚养、扶养义务人及其家庭成员基本信息**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | 法定义务人1 | 法定义务人2 | 法定义务人3 | 法定义务人4 | 法定义务人5 |
| 姓名 |  |  |  |  |  |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |
| 赡养、抚养、 扶养关系 |  |  |  |  |  |
| 户籍地址 |  |  |  |  |  |
| 家庭居住地 址 | □ 同户籍地址 □ 其他 | □同户籍地址 □ 其他 | □同户籍地址 □ 其他 | 同户籍地址 □其他 | □ 同户籍地址 □ 其他 |
| 联系电话 |  |  |  |  |  |

**3.家庭收入信息**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 工资性收入：收入人姓名 收入人姓名经营净收入：收入人姓名 收入人姓名 | 平均每月工资及奖金、津贴 元 平均每月工资及奖金、津贴 元 平均每月收益 元 平 均 每 月 收 益 元 | 元 元L 元元  |
| **■农村农副业生产收入** 家 庭 上 一 年 总 计 收 入 元 财产净收入：收入人姓名 平 均 每 月 收 益 元收入人姓名 平均每月收益 元 出租房屋收益平均每月 元转租、出让承包土地经营权收入： 元 **■村集体分红等收入** 家庭上一年总计收入 元 |
| 转移净收入：**■离退休金****■居民养老保险金****■职工养老保险金****■福利养老金****■失业保险金** | 领取人姓名 领取人姓名 领取人姓名 领取人姓名 领取人姓名 领取人姓名 领取人姓名 领取人姓名 领取人姓名领取时限： 年 | 平均每月 元平均每月 元申请当月 元平均每月申请当月 元 平均每月 申请当月 元 平均每月 申请当月 元 平均每月 申请当月 元 平 均 每 月 申请当月 元 平 均 每 月 平均每月 元月至 年 月 |
| 领取人姓名 平均每月 元 领取时限： 年\_ 月至 年 月 |

|  |
| --- |
| ■住房公积金支取 领取人姓名 支取原因 申请前12个月支取 元■获得赡养、抚养、扶养费 平均每月 元■其它需要登记的收入 |

**4.家庭财产信息**

|  |
| --- |
| **■现金** 元**■银行储蓄和资产管理产品** 总金额 元**■股票、基金等有价证券** 总 市 值 \_ 元■**商业保险**保险名称 现金价值 元 保险名称 现金价值 元**■企业投资人的认缴出资额** 认缴出资额 元投资人姓名 **■股权、股份、债券** 总市值 元 持有人姓名 总市值 元 持有人姓名**■房产** 产权人姓名 面积\_ 平方米□自住□商用□出租(每月收益\_ \_元) 产权人姓名 面积 \_平方米□自住□商用□出租(每月收益 \_元)**■车辆** 行驶证登记的所有人 车牌号 行驶证登记的所有人 车牌号 ■其它需要登记的贵重财产及价值 (说明：可另附页) |

**本人郑重声明，上述所有信息属实；如有不实，愿意承担相应法律责任，并按照有关规定计** **入相关诚信记录。**

**请按上述文字原样抄写：**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**本人同意在申请和已获得社会救助期间，北京市民政局和本人所提出申请的区民政局向所有** **涉及到本人家庭经济状况信息的部门或机构查询、核对需要核实的家庭收入、家庭财产状况和家** **庭消费信息。本人亦同意所有涉及到本人家庭经济状况和家庭消费信息的部门或机构将所需资料** **和信息提供给北京市民政局及本人所提出申请的区民政局。**

**本人承诺以下签名、身份证号码均为本人签署，如有虚假，本人愿意承担法律责任。** **申请人授权(家庭成员和法定赡养、抚养、扶养义务人及其家庭成员)签字**：

|  |  |
| --- | --- |
| 1.  | 身份证号码  |
| 2.  | 身份证号码  |
| 3.  | 身份证号码  |
| 4.  | 身份证号码  |
| 5.  | 身份证号码  |
| 6.  | 身份证号码  |
| 7.  | 身份证号码  |
| 8.  | 身份证号码  |
| 9.  | 身份证号码  |
| 10.  | 身份证号码  |

年 月 日 备注：家庭成员为无民事行为能力人、限制民事行为能力人的，由监护人代签。

**附件2**

**社会救助申请材料补正通知书**

**xxx:** 您好!

我们于 年 月 日 收 到 您 提 交 的 申请材料。经

审核，有如下材料欠缺或表达不清，请您在收到本补正通知书 之日起5个工作日内补正。无正当理由逾期不予补正的，视为 您放弃本次申请。补正申请材料所用时间不计入审查期限。

1...

2.... 3.....

**xx** **乡镇人民政府(街道办事处)** **年** **月** **日**

**附件3**

**社会救助申请(定期核查)** **入户调查表**

受 理 区 域 ： X 乡镇(街道) **村** **(社区)**

申请救助类型：

申请人姓名：

**入户调查单位：**

**入户调查人姓名：**

**入户调查时间：**

|  |
| --- |
| **家** **庭** **基** **础** **信** **息** |
| 家庭户籍类型 |  | 是否人户分离 |  |
| 家庭居住住址 |  | 家庭成员结构 |  |
| 家庭类型 |  | 家庭人口 |  |
| 家庭职业结构 |  | 特殊家庭结构 |  |
| **申** **请** **人** **(** **持** **证** **人** **)** **基** **本** **信** **息** |
| 申请人(持证人)姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 性别 |  | 民族 |  |
| 年龄 |  | 文化程度 |  |
| 婚姻状况 |  | 政治面貌 |  |
| 户籍性质 |  | 身份类别 |  |
| 户籍详细地址 |  | 联系电话 |  |
| 身体状况 |  | 劳动能力状况 |  |
| 健康状况 |  | 生活自理能力 |  |
| 残疾种类 |  | 残疾等级 |  |
| 居住情况 |  | 生活照顾 |  |
| 就业状态 |  | 职业 |  |
| 单位名称(及组织机构代码) |  | 单位性质 |  |
| 单位联系人 |  | 联系人电话 |  |
| 上级主管部门名称 |  | 上级主管部门负责人姓名 |  |
| 上级主管部门联系电话 |  | 创办企业名称(及组织机构代码) |  |
| 是否占地农转居 |  | 是否水库移民 |  |
| **家** **庭** **成** **员** **情** **况** |
| 家庭成员姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 与申请人关系 |  | 成员类型 |  |
| 性别 |  | 民族 |  |
| 文化程度 |  | 年龄 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 婚姻状况 |  | 政治面貌 |  |
| 户籍性质 |  | 身份类别 |  |
| 户籍详细地址 |  | 联系电话 |  |
| 身体状况 |  | 劳动能力状况 |  |
| 健康状况 |  | 生活自理能力 |  |
| 残疾种类 |  | 残疾等级 |  |
| 居住情况 |  | 生活照顾 |  |
| 就业状态 |  | 职业 |  |
| 单位名称(及组织机构代码) |  | 单位性质 |  |
| 单位联系人 |  | 联系人电话 |  |
| 上级主管部门名称 |  | 上级主管部门负责人姓名 |  |
| 上级主管部门联系电话 |  | 创办企业名称(及组织机构代码) |  |
| 是否占地农转居 |  | 是否水库移民 |  |
| **住** **房** **情** **况** |
| 家庭居住详细地址 |  | 住房性质 |  |
| 房屋证件名称 |  | 长期共居人口数 |  |
| 房屋类型 |  | 房屋结构 |  |
| 房屋建筑面积 | m² | 人均建筑面积 | m² |
| 是否出租住房 |  | 租金收入 | 元 |
| **预** **警** **信** **息** |
| 预警内容 | 入户核查情况 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **以上入户调查内容，本人已确认无误** |
| 申请人(持证人) 意见及签字 |  |

**附件4**

**家庭经济状况调查结果告知书**

**xxx:** 您好!

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》 等相关规定，对您家庭及相关(口赡养人 □抚养人 □扶养人 )家庭进行家庭经济状况调查。调查结果中的 以下情形不符合(□城乡居民最低生活保障□城乡低收入家 庭认定)的相关认定条件。

1..… ; 2..… ;

o

请您在收到本告知书之日起4个工作日内，提供相关材料 说明情况；无正当理由逾期未作说明的，将根据家庭经济状况 调查结果作出审批决定。

xx 乡镇人民政府(街道办事处) 年 月 日

**附件5**

**民主评议会议记录表**

区 街道(乡镇) 村(社区)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 年龄 |  | 保障人口 |  |
| 评议时间 |  |
| 应参加评议人数： 实际参加人数： |
| 评议内容 | 对家庭经济状况和实际生活状况、个人申报情况的客观性和真 实性进行评价。 |
| 评议记录 |  |
| 评议结果 | 参加评议人员共对评议内容无异议的 对评议内容有异议的 | 人(符合有关要求人数)。 人。人，具体内容为 |
| 评议代表 签字 |  |
| 乡镇人民政府(街道办事处)意见(盖章) 年 月 日 |

**附件6**

**北京市城乡居民最低生活保障审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保障类别 | 口低保 □困补 | 申请人户籍所在地 |  | 实际居住地 |  |
| 家庭户籍类型 | □非农业 口农业 | 家庭类别 | □有在职人员家庭□无在职人员家庭 |
| 家庭成员基本情况 | 关系 | 姓名 | 身份证号 | 健康 状况 | 身体 状况 | 联系电话 | 月收入(元) | 收入核减 (元) | 增发低保金(元) | 就业奖励扣 除金额(元) | 应发低保金(元) |
| 本人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭保障人口 | 人 | 家庭月总收入(元) |  | 家庭月人均收入(元) |  | 家庭月低保金(元) | 元 |
| 街道(乡镇)社会救助经办机构受理调查情况 | 街道(乡镇)负责审核部门意见 | 区民政局审批意见 |
| 经办人签字： 年 月 日 | 经办人签字： 年 月 日 | 经办人签字： 年 月 日 |

**附件7**

**北京市** 区

**城乡居民最低生活保障批准决定书**

民低保批〔年份〕xx 号

**xxx:** 您好!

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》 等相关规定，对您于 年 月 日提交的城乡居民最低 生活保障申请，现予批准。

您家庭将自 年 月开始获得最低生活保障 (保障人口 人),家庭月领取最低生活保障金 元。

如有异议，可自收到本决定书之日起60日内向北京市 xx 区人民政府或者北京市民政局申请行政复议，或自收到本决定 书之日起6个月内向北京市xx 区人民法院提起行政诉讼。

在给予最低生活保障期间，您及家庭成员符合相关规定的 还可以申请医疗、教育、住房、就业、采暖等专项救助和临时 救助。同时，当您家庭的人口状况、收入状况、财产状况发生 变化时，应当及时主动告知您户籍所在地乡镇人民政府、街道 办事处。具体事宜可咨询您户籍所在地乡镇人民政府、街道办 事处。

区民政局咨询电话：

乡镇(街道)咨询电话：

北京市xxx 区民政局 年 月 日

**附件8**

**北京市** 区

**城乡居民最低生活保障不予批准决定书**

民低保批〔年份〕xx 号

xxx:您好!

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》 等相关规定，对您于 年 月 日提交的城乡居民最低 生活保障申请进行了调查核实，基于以下理由，不予批准：

1.您家庭xxx 情况，不符合《xx》第 xx 条规定； 2.您家庭xxx 情况，不符合《xx》第 xx 条规定；

。

如对本决定不服，可以自收到本决定书之日起60日内向北 京市xx 区人民政府或者北京市民政局申请行政复议，或自收到 本决定书之日起6个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉 讼。

**北京市xxx 区民政局**

年 月 日

**附件9**

**北京市城乡低收入家庭认定审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保障类别 | □城市低收入 □农村低收入 | 申请人户籍所在地 |  | 实际居住地 |  |
| 家庭户籍类型 | □非农业 □农业 | 家庭类别 | □有在职人员家庭 □无在职人员家庭 |
| 家庭成员基本情况 | 关系 | 姓名 | 身份证号 | 健康状况 | 身体状况 | 联系电话 | 月收入(元) | 未成年人及本科以下 学生\* | 生活补贴\*(元) |
| 本人 |  |  |  |  |  |  | □是 □否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □是 口 否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □是 □否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □是 口 否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □是 □否 |  |
| 家庭保障人口 | 人 | 家庭月总收入(元) |  | 家庭月人均收入(元) |  | 生活补贴\* | 元 |
| 街道(乡镇)社会救助经办机构受理调查情况 | 街道(乡镇)负责审核部门意见 | 区民政局审批意见 |
| 经办人签字： 年 月日 | 经办人签字： 年 月 日 | 经办人签字： 年 月 日 |

注：未成年人及本科以下学生\*指16周岁及以下未成年人和16周岁以上接受本科及以下学历教育的在校学生。

生活补贴\*指对低收入家庭中16周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生按照本市当年低保标准的25%发放的生活补贴。

— —

37

**附件10**

**北京市** **区**

**城乡低收入家庭认定批准决定书**

民低收入批〔年份〕xx 号

**xxx:** 您好!

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》 等相关规定，对您于 年 月 日提交的低收入家庭 认定申请，现予批准。

您家庭将自 年 月开始认定为低收入家庭(保 障人口 人)。其中，16周岁及以下未成年人 人，16 周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生 人， 月领取生活补贴总计 元。

如有异议，可自收到本决定书之日起60日内向北京市 xx 区人民政府或者北京市民政局申请行政复议，或自收到本决定 书之日起6个月内向北京市xx 区人民法院提起行政诉讼。

在认定为低收入家庭期间，您及家庭成员符合相关规定的 可以申请医疗、教育、住房等专项救助和临时救助。同时，当 您家庭的人口状况、收入状况、财产状况发生变化时，应当及 时主动告知您户籍所在地乡镇人民政府、街道办事处。具体事 宜可咨询您户籍所在地乡镇人民政府、街道办事处。

区民政局咨询电话：

乡镇(街道)咨询电话：

北京市xxx 区民政局 年 月 日

**附件11**

**北京市** 区

**城乡低收入家庭认定不予批准决定书**

民低收入批〔年份〕xx 号

**xxx:** 您好!

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》 等相关规定，对您于 年 月 日提交的低收入家庭认 定申请，基于以下理由，不予批准：

1.您家庭xx 情况，不符合《xx》第 xx 条规定； 2.您家庭xx 情况，不符合《xx》第 xx 条规定；

o

如对本决定不服，可以自收到本决定书之日起60日内向北 京市xx 区人民政府或者北京市民政局申请行政复议，或自收到 本决定书之日起6个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉 讼。

北京市xxx 区民政局 年 月 日

**附件12**

**社会救助核查材料提交通知书**

**xxx:** 您好!

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》 等相关规定，我们于 年 月 日对您家庭经济状况进行信息 核对，您家庭的 情形不符合(□城乡居民最低生活 保障□城乡低收入家庭)的相关认定条件。请您在收到本通 知书之日起15日内，提供相关材料并说明情况：

1... 2....

o

·

**无正当理由逾期不提供相关材料的，将根据信息核对情况**

作出审批决定。

北京市xxx 区民政局 年 月 日

**附件13**

**北京市城乡居民最低生活保障终止或变更审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 |  | 持证人姓名 |  | 变化类型 | 终止低保□保障情况变更□ |
| 家庭户籍类型 | □非农业 □农业 | 家庭户籍所在地 |  | 家庭居住地 |  |
| 家庭 成员 变更 后基 本情 况 | 关系 | 姓名 | 身份 证号 | 健康 状况 | 身体 状况 | 联系电话 | 月收入(元) | 收入核减 (元) | 增发低保金(元) | 就业奖励扣 除金额(元) | 应发低保金(元) |
| 本人 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 低保终止或变 更原因 |  |
| 变更 情况 | 家庭保障人口(人) | 原 ： | 家庭月总 收入(元) | 原 ： | 家庭月人均收入(元) | 原 ： | 家庭月低保金(元) | 原 ： |
| 现 ： | 现 ： | 现 ： | 现 ： |
| 街道(乡镇)社会救助经办机构受理调查情况 | 街道(乡镇)负责审核部门意见 | 区民政局审批意见 |
| 经办人签字： 年 月 日 | 经办人签字： 年 月 日 | 经办人签字： 年 月 日 |

**附件14**

**北京市城乡低收入家庭救助终止或变更审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 |  | 持证人姓名 |  | 变化类型 | 终止低收入家庭救助□保障情况变更□ |
| 家庭户籍类型 | □非农业 □农业 | 持证人户籍所在地 |  | 实际居住地 |  |
| 家庭 成员 变更 后基 本情 况 | 关系 | 姓名 | 身份证号 | 健康状况 | 身体状况 | 联系电话 | 月收入(元) | 未成年人及本科以下 学生\* | 生活补贴\*(元) |
| 本人 |  |  |  |  |  |  | □是 口 否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □是 口 否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 口 是 口 否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □是 □否 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 口 是 □否 |  |
| 城乡低收入家庭救助终止 或变更原因 |  |
| 变更 情况 | 家庭保障 人口 | 原 ： | 家庭月总收入(元) | 原 ： | 家庭月人均收入(元) | 原 ： | 生活补贴\*(元) | 原 ： |
| 现 ： | 现 ： | 现 ： | 现 ： |
| 街道(乡镇)社会救助经办机构受理调查情况 | 街道(乡镇)负责审核部门意见 | 区民政局审批意见 |
| 经办人签字： 年 月 日 | 经办人签字： 年 月 日 | 经办人签字： 年 月 日 |

注：未成年人及本科以下学生\*指16周岁及以下未成年人和16周岁以上接受本科及以下学历教育的在校学生。

生活补贴\*指对城乡低收入家庭中16周岁及以下未成年人和16周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生，按照本市当年城乡低保标准的 —42— \_25%发放生活补贴。

**附件15**

**北京市** 区

**城乡居民最低生活保障终止决定书**

民低保批〔年份〕xx 号

**xxx:** 您好!

 (低保家庭成员及身份证号码)获得的城乡 居民最低生活保障自 年 月终止；

给予 (低保家庭成员及身份证号码)的低保 金 自 年 月起停发。理由如下：

1.您家庭xxx 情况，不符合《xxx》第 xx 条规定； 2.您家庭xxx 情况，不符合《xxx》第 xx 条规定；

。

如对本决定不服，可以自收到本决定书之日起60日内向北 京市xx 区人民政府或者北京市民政局申请行政复议，或自收到 本决定书之日起6个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉 讼。

北京市xxx 区民政局 年 月 日

**附件16**

**北京市** **区**

**城乡低收入家庭救助终止决定书**

民低收入批〔年份〕xx 号

**Xxx:** 您好!

 (低收入家庭成员及身份证号码)获得的城 乡低收入家庭救助自 年 月终止；

给予 (低收入家庭成员及身份证号码)的生 活补贴自 年 月起停发。理由如下：

1.您家庭xxx 情况，不符合《xxx》第 xx 条规定； 2.您家庭xxx 情况，不符合《xxx》第 xx 条规定；

· ·。

如对本决定不服，可以自收到本决定书之日起60日内向北 京市xx 区人民政府或者北京市民政局申请行政复议，或自收到 本决定书之日起6个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉 讼。

北京市xxx 区民政局 年 月 日