附件1

重庆市经济困难的失能老年人养老服务补贴发放花名册（ 年度）

填报单位：（盖章） 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份类别 | 重病失能 | 重残失能 | 身份证号码 | 开户行、社保卡号 （银行卡号） | 发放 金额（元） | 联系电话 | 备注 |
| 瘫痪卧床原因 | 瘫痪卧床时间 | 残疾类别 | 残疾 等级 | 残疾人证号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

注：1. 身份类别：城乡低保对象、城乡特困对象；

 2. 残疾类别：肢体、智力、精神、视力；残疾等级：一、二级。

附件2

重庆市经济困难的高龄老年人养老服务补贴发放花名册（ 年度）

填报单位：（盖章） 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份类别 | 身份证号码 | 开户行、社保卡号 （银行卡号） | 发放金额（元） | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

注：身份类别：城乡低保对象、城乡特困对象。

附件3

重庆市经济困难的

失能老年人养老服务补贴申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **老年人****基本****情况** | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 年龄 |  | 出生日期 |  | 联系 电话 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 现居住地 |  |
| 身份类别 | □ 城市低保对象 □ 农村低保对象 □ 城市“三无”人员 □ 农村五保对象 |
| 重残失能老年人 | 残疾类别 |  |
| 残疾等级 |  |
| 残疾人证号码 |  |
| 重病失能老年人 | 瘫痪卧床原因 |  |
| 瘫痪卧床时间 |  |
| **委托****代理人****基本****情况** | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |   |
| 与申请人关系 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地 |  |
| 本人（或委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。 申请人（或委托代理人）签字： 年 月 日 |
| **入户调查****基本情况** | 调查人： 年 月 日 |
| **公示情况** | 已于 年 月 日至 年 月 日在我村（社区）或供养机构公示，未提出异议。 村（居）民委员会或供养机构（盖章）负责人： 年 月 日 |
| **乡镇人民政府（街道办事处）审核意见** |  乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |
| **区县（自治县）民政局审批意见** | 经审查，同意该对象享受失能老年人养老服务补贴，自 年 月起开始发放。 区县（自治县）民政局（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |

注：1. 残疾类别：肢体、智力、精神、视力；残疾等级：一、二级。

2. 本申请审批表一式两份报区民政局审批。待审批后，街（镇）、区民政局各留存一份。为方便存档，此申请审批表需双面打印。

附件4

重庆市经济困难的

高龄老年人养老服务补贴申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **老年人****基本****情况** | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 年龄 |  | 出生日期 |  | 联系 电话 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 现居住地 |  |
| 身份类别 | □ 城市低保对象 □ 农村低保对象 □ 城市“三无”人员 □ 农村五保对象 |
| **委托****代理人****基本****情况** | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |   |
| 与申请人关系 |  | 联系电话 |  |
| 现居住地 |  |
| 本人（或委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。  申请人（或委托代理人）签字： 年 月 日 |
| **入户调查****基本情况** | 调查人： 年 月 日 |
| **公示情况** | 已于 年 月 日至 年 月 日在我村（社区）或供养机构公示，未提出异议。 村（居）民委员会或供养机构（盖章）负责人： 年 月 日  |
| **乡镇人民政府（街道办事处）审核意见** |  乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |
| **区县（自治县）民政局审批意见** | 经审查，同意该对象享受高龄老年人养老服务补贴，自 年 月起开始发放。  区县（自治县）民政局（盖章）负责人： 经办人： 年 月 日 |

注：本申请审批表一式两份报区民政局审批。待审批后，街镇、区民政局各留存一份。为方便存档，此申请审批表需双面打印。

附件5

重庆市经济困难的高龄失能老年人养老服务补贴发放汇总表（ 年度）

填报单位：（盖章） 填报时间： 单位：人

补

贴

类

别

人

数

身

份

类

别

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 合计 | 失能老年人养老服务补贴人数 | 高龄老年人养老服务补贴人数 |
| 小计 | 重残失能人数 | 重病失能人数 |
| 小计 | 肢体残疾 | 智力残疾 | 精神残疾 | 视力残疾 |
| 一级 | 二级 | 一级 | 二级 | 一级 | 二级 | 一级 | 二级 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| 一 | 城市低保对象 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 二 | 农村低保对象 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 三 | 城市“三无”人员 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 四 | 农村五保对象 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **总计** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

注：1. 此表逻辑关系为：1=2+13；2=3+12；3=4+5+6+7+8+9+10+11；

 2. 数据统计截至12月30日上报区民政局，区民政局次年1月31日前上报市民政局、市财政局。

附表六

沙坪坝区经济困难高龄失能老年人养老服务补贴汇总表

填报单位： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类别 | 总人数（人） | 补贴金额（元） | 上月人数（人） | 本月增减数（人） | 呈报单位意见：（盖章）根据沙民发 [2015] 号文件规定，我镇（街道） 年 月共 名老人享受经济困难高龄失能老年人养老补贴，共计金额 元。 审核人：年 月 日 |
| 经济困难失能老人 |  |  |  |  |
| 经济困难高龄老人 |  |  |  |  | 区民政局审批意见： 年 月 日 |