|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | 性别 |  | 民族 | | |  | | | （近期免冠照片） |
| 出生年月 |  | | 身份证号 |  | | | | | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | | | | | |
| 现居住地 |  | | | | | | | | | |
| 联系人姓名 | |  | | 与申请人关系 | | |  | | 联系电话 |  | |
| 代理申请人姓名 | |  | | 与申请人关系 | | |  | | 联系电话 |  | |
| 特困人员救助供养证或低保证号 | |  | | 入住养老机构名称 | |  | | | | | |
| 本人自愿申请困难老年人入住养老机构补贴，所提供的信息属实，资料真实可靠。具体申报材料如下：   □居民户口簿原件及复印件  　□身份证原件及复印件　□特困、低保或低收入证原件及复印件  □养老机构供养、入住协议　　 □其他相关证明材料，包括：  申请人或代理申请人签名：                           　　年    月    日 | | | | | | | | | | | |
| 居（村）委会意见 | 经办人:　　　　 负责人： 　　　　 （盖章）                年    月   日 | | | | | | | | | | |
| 街道办事处、镇人民政府审核意见 | 1.受理时间：     年    月   日  2.审核意见：  经审核，该申请人为         (半失能/失能）老年人，符合困难老年人补贴发放条件，同意自    年    月起，每月发放困难老年人补贴     元。   经办人：　　　　　　　　　负责人： 　　　　 （盖章）  年    月   日 | | | | | | | | | | |

附件１

滨海新区困难老年人入住养老机构补贴申请表

　　备注：1.本表由老年人本人或其家庭成员填写，也可委托居（村）民委员会或他人填写；2.请在相应内容前的“□”内打“√”；3. 提交本表应在本表后附申请人（及代理人）身份证、户口簿及相关证明材料复印件； 4.本表一式三份，区民政局、街道办事处（镇人民政府）、居（村）民委员会各存档一份。