附件 1

天台县养老服务补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 乡镇（街道） | | | |  | 村（居）民委员会（社区） | | | | | | | 申请编号： | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申请人姓名 | | | |  |  | 性 |  |  |  | 民 | |  |  | 出生 |  |  |
|  |  | 别 |  |  |  | 族 | |  |  | 年月 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身份证号 | | | |  |  |  |  |  |  |  | 联系电话 | | |  |  | 近期1寸 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 免冠照片 |
| 户籍地址 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （至村居） | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 实际居住地 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （至村居） | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | □一类对象补贴 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申请补贴 | | | | □二类对象补贴： □低保户中 70 周岁以上老人或低保边缘重度残疾人 | | | | | | | | | | | | |
| 类 | | 别 | |  |  |  |  | 中 60 周岁以上老年人 | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | □贫困家庭失能失智老人 | | | | | | | |  |  |
| 申请服务 | | | | □机构养老 | | |  |  | 申请养老服务 | | | |  |  |  |  |
|  |  | 类别 | | □居家养老 | | |  |  | 机构名称 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



本人自愿申请我县养老补贴，申请信息属实，申请材料如下：

□居民户口簿复印件 □身份证复印件 □家庭收入说明 □近期 1 寸免冠彩照 2 张

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 村（居）委 | 初审结果为：□合格 | | |  | □不合格 原因： | | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 盖 | 章 |  |  |
| 会初审意见 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | | 日 | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | | | |  | | |  | |  |  |  |  |
|  | 1、公示结果为：□无异议 | | | | | □有异议 | | | 是： | |  |  |  |  |
| 乡镇（街道） | 2、复审意见为：□合格 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | □不合格，因为： | | | | | | |  |  |  |  |  |  |
| 复审意见 | 经办人： | | |  |  | 分管领导： | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 盖 | 章 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 | 月 | | 日 | |
|  |  | | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  | □合格，建议 | | | 年 |  |  | 月起按 | |  | 服务类别，享受 | |  |  | 类 |
| 县民政局 | 服 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 务补贴，补贴标准为 | |  |  |  | 元/年 | | |  |  |  |  |  |  |
| 核准意见 | □不合格，因为： | | |  |  |  |  |  |  |  | 盖 | 章 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 经办人： | | |  | 负责人： | | | |  | 年 | | 月 | 日 | |

备注：1．请在相应内容前的□内打“√”；

2．此表原件由县民政局存档，复印件一份转乡镇（街道）办事处存档；

—8—

附件 2

天台县养老服务补贴申请对象公示

本辖区 等 位村（居）民申请天台县养老服务补贴，



经村（居）民委员会（社区）初审，乡镇（街道）复审，该申请人符合

申请养老服务补贴对象条件。现将上报上级审批的天台县养老服务补贴

对象予以公示，公示时间 5 天（ 年 月 日至 年 月 日），

接受群众监督。如有异议，请以口头或书面方式反映情况。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性 | 出生 | 申请补贴 | 申请服务 | 备注 |
| 别 | 年月 | 类 别 | 类 别 |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

乡镇（街道）印章



年 月 日



乡镇（街道）举报电话：

县民政局举报电话：83930530

附件 3

—9—

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 天台县养老服务补贴申请对象公示 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | 回 | | |  |  |  |  |  |  |  | 执 | | | |
|  | 本辖区 | |  | | | | |  |  | 等 | |  | 位同志申请养老服务补贴， | | | | | |
| 已于 |  | 年月 | | | | | | 日至 | | | |  | 年月日公示。公示 | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 期间辖区群众对公示对象 | | | | | | | | | | | |  |  |  | （写“有异议”或“无 | | | |
| 异议”）。异议内容为： | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

。



乡镇（街道）印章



年 月 日



负责人签名：

联系电话：

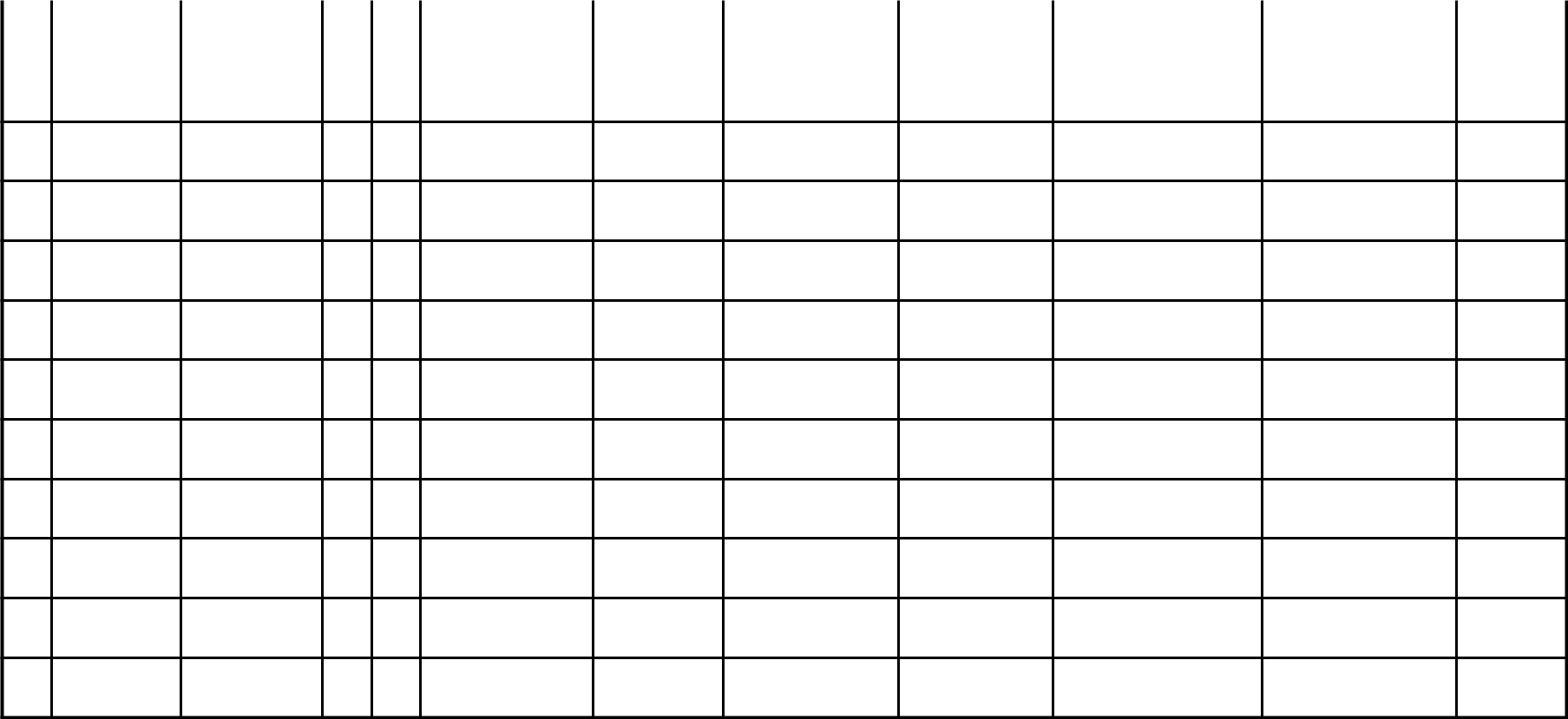
（同附件 2 一起上报）

—10—

附件 4

天台县养老服务补贴对象汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乡镇（街道）： | | | |  | 村名：（盖章） | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 序 | 村居 |  | 性 年 | 经济条件（低 |  | 申请补贴类别 | 申请服务 |  |  |  |
|  | 姓 名 | 评估结果 | 类别（机构/ | 意愿机构名称 | 联系电话 | 备注 |
|  | 号 | （社区） | 别 龄 | 保/贫困家庭） | （一类、二类） |
|  |  |  | 居家） |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



—

11

—

