附表1

**鹤山市特殊困难人员家庭申请表（试行）**

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 户主 |  | | | | 性别 | |  | 年龄 |  | 身份证号码 |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | 村（社区） |  | 联系  电话 |  | |
| 家庭成员详细资料（姓名、性别、身份证号、与户主关系等）  1.  2.  3.  4. | | | | | | | | | | | | |
| 家庭类别如下，可多选：  A：单亲家庭中有未成年子女或子女在读全日制学校的家庭；  B：有家庭成员患有严重疾病（属于基本医疗保险特定病种：如严重精神疾病、恶性肿瘤、慢性肾功能不全、肝硬化、冠心病、高血压等病种）的家庭；  C：有家庭成员当年在基本医疗保险定点医疗机构住院或门诊治疗疾病，经基本医疗保险、大病保险报销后个人范围内自付医疗费用（含起付标准，不含自费费用）达到20000元或以上的家庭；  D：有家庭成员认定为残疾人的家庭。 | | | | | | | | | | | | 家庭类别 |
|  |
| 家庭人均月收入（元） | | |  | | | | | | | | | |
| 户主银行卡或社保卡账号： | | | |  | | | | | | | | |
| 户主银行卡或社保卡开户银行： | | | | | |  | | | | | | |
| 村（居）民委员会意见 | | （盖章）  经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 镇（街道）审核意见 | | （盖章）  经办人： 审核人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 医保部门审核意见 | | （盖章）  经办人： 审核人： 审批人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | | | | |

附表2

**鹤山市特殊困难人员家庭经济状况查询核对委托书**

**（试行）**

本人姓名 ，现申请特殊困难人员家庭。

本人及共同生活的其他家庭成员授权、委托医疗救助审核、审批机关及其指定的收入核对机构对本家庭成员（含法定赡、抚、扶养关系成员）的收入和家庭财产情况的相关信息进行核对，包括但不限于入户调查和到公安、人力资源社会保障、住建、交通、市场监管、税务、自然资源、公积金中心、银行、保险、证券等部门、机构进行核查和信息比对。授权有效期从本人提出申请之日起至审批完成之日止。

本人及其他共同生活家庭成员保证，所提供的全部信息真实、完整，愿意接受有关部门调查，并自愿接受纳入信用信息共享平台实施联合惩戒等措施，自愿承担相应法律责任。

□申请人及共同生活家庭成员签字（按捺指纹）：

□监护人代签（按捺指纹）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承诺及授权人 | 身份证号码 | 签字（按捺指纹） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

窗口经办人员签字： 年 月 日

注：有民事行为能力的救助申请家庭成员应当由本人签字并按捺指纹，无民事行为能力的救助申请家庭成员应当由监护人签字并按捺指纹。

附表3

**受理通知书**

先生（女士）：

您于 年 月 日申请鹤山市特殊困难人员家庭，经核查，您符合以下规定，决定予以受理。

□1.申请条件符合《鹤山市特殊困难人员家庭认定办法》的规定；

□2.根据《广东省医疗救助申请家庭经济状况核对报告》（编号： ），您的家庭财产符合规定。

单 位：

经办人：

日 期： 年 月 日

申请人因 拒绝或未当面签收其家庭受理的通知书。

送达人：

见证人：

年 月 日

注：1.申请人对核对结果有异议，可提出复核申请。

2.申请人无法或拒绝接收本通知书的，送达人应当记明无法签收或拒收事由。送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本通知书留在申请人的住所，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。

3.本通知一式两份，一份送达申请人、一份由镇（街）存档。

4.如对本行政行为不服的，可自收到本通知之日起60日内提出行政复议，也可于6个月内到人民法院提起行政诉讼。

附表4

**不予受理通知书**

先生（女士）：

您于 年 月 日申请鹤山市特殊困难人员家庭，经核查，您存在以下情况，决定不受理您的申请。

□1. 申请条件不符合《鹤山市特殊困难人员家庭认定办法》的规定；

□2.根据《广东省医疗救助申请家庭经济状况核对报告》（编号： ），您存在家庭财产不符合的规定。

单 位：

经办人：

日 期： 年 月 日

□申请人已获知鹤山市特殊困难人员家庭不予受理的通知。

送达人：

见证人：

日 期： 年 月 日

□申请人拒绝或未当面签收鹤山市特殊困难人员家庭不予受理通知书。

送达人：

见证人：

日 期： 年 月 日

注：1.申请人无法或拒绝接收本通知书的，送达人应当记明无法签收或拒收事由。

2.送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本通知书留在申请人的住所，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。

3.本通知一式两份，一份送达申请人、一份由镇（街）存档。

4.如对本行政行为不服的，可自收到本通知之日起60日内提出行政复议，也可于6个月内到人民法院提起行政诉讼。

附表5

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **鹤山市特殊困难人员家庭入户调查家庭经济状况情况表（试行）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人姓名** | | | |  | | | **性别** | | | |  | | | **民族** |  | **联系电话** | |  | | **身份证号** | | | |  | | | | |
| **户籍地址** | | | |  | | | | | | | | | | | | **所属镇（街）** | |  | | **所属村居** | | | |  | | | | |
| **家庭现住址** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | **工作单位** |  | | | | | | | | | |
| **人员状况** | **共同生活家庭成员** | **姓名** | | | | **年龄**  **（岁）** | | | **户籍** | | | **文化程度** | | **婚姻状况** （未婚、已婚、离婚、丧偶） | **健康状况** （健康、残疾、重病病种、长期病患）残疾与重病请注明类别与级别 | | **与申请人 关系** | **工作能力** （有、无、部分丧失、仅能自理、需照顾） | **工作单位 就读学校** | | | | **工作职务及收入（元/月） 就读年级** | | **社保、医保情况** | | | |
| 职工 | | 居民 | |
| 养老 | 医保 | 养老 | 医保 |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | | | |  | | □ | □ | □ | □ |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | | | |  | | □ | □ | □ | □ |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | | | |  | | □ | □ | □ | □ |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | | | |  | | □ | □ | □ | □ |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | | | |  | | □ | □ | □ | □ |
| **分户应尽赡、抚、扶养义务人员情况** |  | | | |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | | | |  | | □ | □ | □ | □ |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | | | |  | | □ | □ | □ | □ |
|  | | | |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  |  | | | |  | | □ | □ | □ | □ |
| **财产状况** | 住房 套 （□土木 □砖木 □砖混 □泥房 □商品房） | | | | | | | 建筑面积： ㎡ ，产权：□自有（继承） □自有（自购） □租赁 □亲朋借住 | | | | | | | | | | | | | | 房产登记日期： | | | | | | |
| 装饰： □未装饰 □简单 □中等 □豪华 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家具 | | | | □高档家具 □中档家具 □普通家具 其他需说明的情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □空调（立式、挂式） 台 □电脑（台式、手提） 台 □彩电 台 □冰箱 台 □洗衣机 台 □微波炉 台 □高档音响 台 其他贵重家具 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交通 工具 | | | | □汽车/货车 台 □摩托车 台 □电动车 台 □自行车 台 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 银行 存款 | | | | □未超过申请条件 □超过申请条件 | | | | | | | |  | 有价 证券 | □未超过申请条件 □超过申请条件 | | | 其他家庭  财产 |  | | | | | | | | | |
| **家庭收入情况** | 工资性收入 | | | | | | | | | 元/月 | | | | | | | | 承包土地经营权净收入 | | | 元/月 亩 | | | | | | | |
| 零散劳务收入 | | | | | | | | | 元 | | | | | | | | 从事第三产业纯收入 | | | 元/月 | | | | | | | |
| 种植业收入 | | | | | | | | | 元/月 亩 | | | | | | | | 赡、抚、扶养费 | | | 元/月 | | | | | | | |
| 养殖业收入 | | | | | | | | | 元/月 亩 | | | | | | | | 出租房屋收入 | | | 元/月 | | | | | | | |
| 渔业收入 | | | | | | | | | 元/月 亩 | | | | | | | | 退休金（养老金） | | | 元/月 | | | | | | | |
| 林业收入 | | | | | | | | | 元/月 亩 | | | | | | | | 失业保险金 | | | 元 | | | | | | | |
| 集体分红收入 | | | | | | | | | 元/年即 元/月 | | | | | | | | 赔偿收入 | | | 元 | | | | | | | |
| 社会资助 | | | | | | | | | 元 | | | | | | | | 赠与收入 | | | 元 | | | | | | | |
| 家庭总收入 | | | | | | | | | 元/月 | | | | | | | | 人平均月收入 | | | 元/月 | | | | | | | |
| **以上记录本人已仔细阅读，情况属实，若有虚报，本人愿承担一切责任。户主或申请家庭成员签名（盖指模）：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 调查员签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 入户调查时间： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 入户调查意见 | | | 盖 章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 填表说明：1、该表由镇街组织不少于2人对申请人家庭实际情况逐一完成调查核实，并由申请人、调查人员各自签名。  2、如填报金额/数量的，请用大写数字（壹、贰、叁、肆、伍、陆、柒、捌、玖、拾）填报。  3、共同生活的家庭成员名下人均存款/有价证券，是否超过标准参照相关政策。其他了解的情况表中未表述的，自行补充填报。  4、镇街需对调查情况提出相关意见，可提交附件详细说明。  5、一式两份，镇街与医保经办部门各一份作为存档资料。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附表6

**鹤山市特殊困难人员家庭初审公示单（试行）**

下列对象是特殊困难人员家庭，现将有关审核情况予以公示，接受社会监督。如有异议请提供事实依据和有效证明材料，可直接向乡镇（街道）反馈。  
 公示时间： 年 月 日至 年 月 日（公示期为7日）  
 镇（街）举报电话： 邮箱：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 拟保障对象 姓名 | 家庭所在村（居） | 家庭  人数 | 拟救助家庭类型 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：1.由镇（街）在申请人所在村（居）设置的村（居）务公开栏及乡镇（街道）公共服务大厅公示，未成年人信息不予公开。

2.拟救助家庭类别如下，可多选：

A：单亲家庭中有未成年子女或子女在读全日制学校的家庭；

B：有家庭成员患有严重疾病（属于基本医疗保险特定病种：如严重精神疾病、恶性肿瘤、慢性肾功能不全、肝硬化、冠心病、高血压等病种）的家庭；

C：有家庭成员当年在基本医疗保险定点医疗机构住院或门诊治疗疾病，经基本医疗保险、大病保险报销后个人范围内自付医疗费用（含起付标准，不含自费费用）达到20000元或以上的家庭；

D：有家庭成员认定为残疾人的家庭。

行政机关（盖章）：

年 月 日

附表7

**鹤山市特殊困难人员家庭民主评议情况表（试行）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被评议人  姓名 |  | 经办人 |  | 记录员 |  |
| 民主评议  情形 | □申请人申报的家庭收入和家庭财产状况与其实际生活状况明显不符的；  □申请人没有如实申报共同生活的家庭成员；  □公示期间有村（居）民提出异议且能提供有效证明材料或者提出合理理由的；  □其他需要民主评议的情况。 | | | | |
| 民主评议  成员情况 | 乡镇（街道）工作人员 人，村（居） 人，熟悉村（居）民情况的村（居）民代表 人，应到 人，实到 人。  □符合/□不符合民主评议会议要求。 | | | | |
| 民主评议  第一项程序 | □ 乡镇（街道）经办人员宣讲特殊困难人员家庭认定办法（包括文件、程序）；  □ 乡镇（街道）经办人员介绍申请人基本情况、入户调查情况以及评议事项；  □ 乡镇（街道）经办人员宣布民主评议规则（民主评议程序、要求）。 | | | | |
| 民主评议  第二项程序 | 申请人或其代理人陈述情况及对评议事项的答辩、解释或说明： | | | | |
| 民主评议  第三项程序 | 评议人员对评议事项进行讨论和评议：  讨论：  评议：  申请人共同生活家庭成员 人，按照经济状况核对、入户调查和民主评议形成的结论，人均月收入 元，财产 元。 | | | | |
| 民主评议  第四项程序 | 评议人员对评议事项的真实性、合理性进行表决：  经无记名投票，同意 人，不同意 人，弃权 人。表决人数□超过/□不超过与会人员半数，□通过/□不通过民主评议。 | | | | |
| 民主评议  第五项程序 | 到会参加民主评议成员签名：    镇（街）（盖章）  记录时间： 年 月 日 | | | | |

民主评议地点： 编号：