附件3

大渡口区经济困难的

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县（自治县）民政局审批。待审批后，乡镇（街道）、

区县（自治县）民政局各留存一份。为方便存档，此申请审批表需双面打印。