天津市宁河区社会救助专项资金

使用管理办法

为贯彻落实市委、市政府和区委、区政府关于做好困难群众基本生活保障的决策部署，依据《天津市民政局 天津市财政局关于开展“发点球”式精准救助的通知》（津民发〔2018〕38号）精神，不断完善分层分类的社会救助体系，织密扎牢民生保障网，在普惠型救助基础之上开展“发点球”式精准帮扶救助，解决重点民生问题，制定本办法。

一、救助原则

专项救助工作坚持以人民为中心、托底线、救急难、优先考虑困难程度以及公平、公正、公开、及时的原则，尽力为困难群众救急解困，对符合本办法条件的本区困难家庭开展精准专项救助，兜牢基本民生底线，切实增强困难群众的获得感、幸福感、安全感。

二、救助对象

享受专项救助的对象应符合以下条件：

1. 具有本区常住户口的困难居民家庭；
2. 已享受政府相关救助，但经政府救助后仍有困难的家庭；
3. 不符合政府救助条件，但确有实际困难，且对基本生活造成较大影响的家庭。

三、救助项目

**（一）医疗救助**

**1.救助对象：**因医疗费用支出过大，造成生活困难的家庭或无力继续治疗的家庭。

**2.救助标准：**救助对象一年内经医疗保险、大病保险、医疗救助、商业保险、政府或其他社会组织救助后个人担负医疗费用，按照以下比例给予救助。未纳入本区社会救助范围的家庭救助50%，低保边缘家庭、低保家庭、特困人员救助30%。申请医疗救助自申请当月起，医疗票据1年内有效，意外险票据2年有效。靶向药、非医保定点单位外购药不在救助范围内。

救助上限不超过5万元，对人民群众关注程度高，社会反映强烈的救助对象，其救助上限可酌情上浮10%-20%，最高救助金额不超过6万元。

**3.认定条件：**未纳入本区社会救助范围的申请家庭应同时满足下列条件：

一是申请家庭月人均收入低于3.5倍低保标准；

二是家庭成员在一年内因病产生的医疗费用总和，经基本医疗保险、大病保险、医疗救助、因病支出型贫困家庭救助及商业保险等救助赔付后，个人负担部分高于上年家庭总收入；

三是申请家庭经济状况及非共同生活法定义务人家庭经济状况应符合《天津市宁河区社会救助家庭经济状况核定办法实施细则》（津宁民规〔2023〕1号）中第十四条、第二十一条相关规定。

**4.申请材料：**本人书面申请、属地街镇政府调查情况说明、申请家庭成员身份证和户口本复印件、诊断证明原件、医疗费用票据原件（无法提供原始票据的医疗机构出具电子发票及相关辅助材料）、《医疗救助审批表》、《天津市基本医疗保险垫付医疗费用审核支付单》原件、商业保险报销（赔付）证明复印件、非社会救助对象家庭经济状况核对报告、需村镇或其他机构（个人）提供的相关材料。

**（二）生活困难救助**

**1.救助对象：**因赡、抚养人未履行赡、抚养义导致基本生活出现困难的老年人和未成年人，因生活必须支出过大或其他原因造成基本生活出现困难的家庭。

**2.救助标准：**根据困难程度，按照当年1至3倍最低生活保障金标准给予救助。救助金一次审批，按月拨付至救助对象银行账户。

**3.认定条件：**申请对象共同生活家庭成员人均收入低于2倍最低生活保障标准，申请家庭经济状况及非共同生活法定义务人家庭经济状况应符合《天津市宁河区社会救助家庭经济状况核定办法实施细则》（津宁民规〔2023〕1号）中第十四条、第二十一条相关规定。

因赡、抚养人未履行赡、抚养义导致基本生活出现困难的老年人和未成年人，需提供法院强制执行履行赡（抚）养义务情况佐证材料。

**4.申请材料：**本人书面申请、属地街镇政府调查情况说明、申请家庭成员身份证和户口本复印件、生活必须支出过大或其他原因造成基本生活出现困难的佐证材料、镇级困难群众联席会议讨论结果、《生活困难救助审批表》、非社会救助对象家庭经济状况核对报告、需村镇或其他机构（个人）提供的相关材料。

**（三）照料护理救助**

**1.救助对象：**低保家庭、低保边缘家庭、分散特困人员因病住院确有照料护理需求，且无家属（监护人）或家属（监护人）无行为能力（重病、重残、服兵役、服刑、外地在学）无法照料的人员。

**2.救助标准：**低保边缘家庭按照救助对象在住院期间产生的护理费用的20%予以救助，低保家庭、分散供养人员按照救助对象在住院期间产生的护理费用的30%予以救助，一年内救助上线3000元。开展照料护理救助时，应将救助对象住院期间享受的其他照料护理补贴扣除，以最终担负的护理费用作为救助基数。

**3.申请材料：**本人书面申请、属地街镇政府调查情况说明、申请家庭成员身份证和户口本复印件、《照料护理救助审批表》、诊断证明、住院病历、照理护理协议（或村居调核实情况说明）、提供照理护理企业营业执照复印件（或医院照料护理清单和原始票据）、被照料护理期间影像资料、需村镇或其他机构（个人）提供的相关材料。

**（四）精神残疾鉴定和丧失劳动能力鉴定救助**

**1.救助对象：**办理精神残疾鉴定证明和丧失劳动能力鉴定证明，但无力支付相关鉴定费用的困难家庭对象。

**2.认定条件：**申请家庭人均收入在2倍低保标准以内且财产符合低保边缘家庭标准。

**3.救助标准：**对办理精神残疾鉴定且取证的低保、低保边缘家庭对象，一次性给予5000元救助；其他困难家庭一次性给予2000元救助；对办理丧失劳动能力鉴定且取证的，一次性给予1000元救助。

**4.申请材料：**本人书面申请、属地街镇政府调查情况说明、申请家庭成员身份证和户口本复印件、《精神残疾鉴定和丧失劳动能力鉴定救助审批表》、非社会救助对象家庭经济状况核对报告、残疾证复印件、丧失劳动能力证明复印件、需村镇或其他机构（个人）提供的相关材料。

**（五）经济困难失能人员入驻机构照护服务救助**

**1.救助对象：**低保家庭、低保边缘家庭中因家庭无照料护理能力入住普惠型养老机构、托养机构，支付住养费用存在困难的失能人员。

**2.救助标准：**每名符合条件的困难失能人员享受的救助额度为入住养老机构（或托养机构）实际收费标准扣除本人已获得的最低生活保障金、最低生活保障边缘救助金、残疾人“两项补贴”、居家养老服务（护理）补贴、最低生活保障家庭老年人入住养老机构补贴等行政给付后的差额的50%。一个年度救助上限6000元。

**3.申请材料：**本人书面申请、属地街镇政府调查情况说明、申请家庭成员身份证和户口本复印件、《经济困难失能人员入驻机构照护服务救助审批表》、入住机构缴费凭证复印件或相关证明资料（个人）、入住机构签订的入住协议复印件、残疾证复印件、丧失劳动能力证明复印件、需村镇或其他机构（个人）提供的相关材料。

**（六）危房改造救助**

**1.救助对象：**对符合政府危房改造条件，但无力承担改造费用自付部分的农村分散特困供养人员、低保家庭、低保边缘家庭。

**2.认定条件：**危房改造房屋需为本人拥有住房。申请时已获得危房改造资格或正在进行改造，本办法实施前已完成改造的房屋不在救助范围内。

**3.救助标准：**对救助对象危房改造个人承担的费用，按照以下比例进行救助，农村分散特困供养人员救助30%，低保家庭救助20%，低保边缘家庭救助15%。救助上限不超过本区住建部门规定的同类型家庭危房改造补助标准。

**4.申请材料：**本人书面申请、属地街镇政府调查情况说明、申请家庭成员身份证和户口本复印件、《危房改造救助审批表》、《农村房屋安全鉴定报告》、房屋改造前照片、房屋改造中施工照片、房屋改造后的照片、需村镇或其他机构（个人）提供的相关材料。

四、救助程序

**（一）街镇初审。**经困难家庭书面申请，街镇政府对经政府救助后生活仍有困难或不符合政府救助条件但家庭确有困难的救助对象开展入户调查，对申请材料进行初审并形成初审意见，申请救助信息录入“救急难”系统并将相关材料报送区民政局。

**（二）专家库成员评审。**由区民政局指定的不少于3名分管或从事救助工作的领导或工作人员、各镇人民政府（街道办事处）指定的1—2名分管或从事救助工作的领导或工作人员组成专项资金使用评审专家库成员。每次使用社会救助专项资金需经至少6位专家库成员现场评审，街镇介绍申请家庭基本情况、申请事由、拟救助金额等，参会人员集体研究确定救助人员和救助金额，同意率达75%及以上的，拟定救助金额，同意率低于75%的，不予救助。每次评审会后，形成会议纪要，并由参与评审的专家库成员签字。

**（三）局党组集体决策。**专家评审会审议通过的救助个案提交区民政局党组会议，集体研究是否同意专家库成员的评审意见，并确定最终的救助对象和救助金额。救助金发放到救助对象账户的1个月内，街镇指导村（居）对困难群众救助信息进行公示。

**（四）特殊情况救助程序。**对情况紧急、须立即采取措施以防造成无法挽回的损失或无法改变的严重后果的，民政部门收到全部材料后可经主要负责同志签字同意后实施救助。

**（五）其他部门转介程序。**政府其他部门发现的困难救助对象可转介到需救助对象户籍所在地人民政府（街道办事处），镇街初审符合条件的连同相关材料一并报送区民政局。镇街初审发现申请对象不符合专项救助条件的，应当将相关情况反馈至转介部门。

五、救助方式

救助资金以社会化方式发放为主，可以采取一次性发放或一次审批分次发放等形式，可直接拨付到救助对象金融机构账户,必要时也可将救助金拨付至街镇由其按照专家评审会讨论通过的发放形式拨付到救助对象账户或采取现金方式实施救助。发放救助金时应将救助对象同一救助事由已享受的其他所有救助金在核定时予以扣除，以个人最终担负金额作为救助基数。每人每年因同一事由只能享受一次专项救助，特殊情况不同事由累计不超过2次。

六、资金来源

社会救助专项资金规模为每年100万元，资金主要来源为财政拨款并纳入财政预算，同时接受社会捐赠资金。

七、责任分工

区民政部门负责统筹落实救助工作，做好专项救助资金审核审批及档案管理工作；镇人民政府（街道办事处）负责受理申请并对申请家庭收入、财产情况进行调查、相关材料的初审报送及指导村（居）落实救助信息公开工作；财政部门负责将专项救助资金纳入财政预算，确保资金足额落实。

八、监督处罚

申请家庭应如实申报家庭收入财产等情况，自觉接受并配合社会救助管理部门和居民经济状况核对机构调查核实。对不接受或者不配合调查核实工作的家庭，不予救助。对未如实申报家庭收入财产状况的，1年内不再予以救助。采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取救助资金的，按照有关规定处理。救助经办人员截留、挪用、私分专项救助资金的，由相关部门责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

1. 附则

本办法由天津市宁河区民政局负责解释。本办法自印发之日起施行，有效期五年。原《天津市宁河区社会救助专项资金管理使用办法》（津宁民规字〔2019〕1号）废止。

附件1：《医疗救助审批表》

附件2：《生活困难救助审批表》

附件3：《照料护理救助审批表》

附件4：《精神残疾鉴定和丧失劳动能力鉴定救助审批表》

附件5：《经济困难失能人员入驻机构照护服务救助审批表》

附件6：《危房改造救助审批表》

天津市宁河区民政局

2024年5月8日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 附件1 | | |
| **医疗救助审批表**  日期： | | | | | | | |
| 申请人姓名 |  | | 年龄 |  | 民族 | |  | |
| 联系方式 |  | | | | 身份证号 | |  | |
| 户籍地址 |  | | | | 现住址 | |  | |
| 申请人银行卡账号信息 | |  | | | 家庭类型 | □低保 □低收入 □特困 □其他 | | |
| 救助类型 | | □住院（门特）救助 □无钱就医救助 | | | | | | |
| **家庭成员** | 姓名 | | 关系 | 年龄 | 联系方式 | | 职业与收入 | |
|  | |  |  |  | |  | |
|  | |  |  |  | |  | |
|  | |  |  |  | |  | |
|  | |  |  |  | |  | |
|  | |  |  |  | |  | |
| **医疗情况** | 患者姓名 | |  | 患病情况 |  | | | |
| 医疗总费用 元，经医疗保险、大病保险、医疗救助、商业保险、政府或其他社  会组织救助后个人担负医疗费用 元。 | | | | | | | |
| **家庭经济状况**（说明房产、车辆、金融性资产、工商注册等情况） |  | | | | | | | |
|
|
| **享受其他社会救助补助情况**（说明具体的救助补助项目和救助补助金额） |  | | | | | | | |
|
|
| **家庭经济状况不符合社会救助原因**（需说明房产、汽车型号车龄、存款额、收入、子女赡养能力等超标情况） |  | | | | | | | |
|
|
|
| **经确认核对报告与实际情况有差异的项目**（填写核对报告情况和实际情况） |  | | | | | | | |
| **镇街初审意见及建议救助金额** | □同意开展救助 □不同意开展救助  建议救助金额： 元  科室负责人签字： 分管领导签字： （公章） | | | | | | | |
| **专家评审会意见及拟救助金额** | □同意开展救助 □不同意开展救助  拟救助金额： 元 | | | | | | | |
| **民政局**  **党组审批意见** | □同意开展救助 □不同意开展救助  救助金额： 元  （公章） | | | | | | | |

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **生活困难救助审批表**  日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人姓名 | |  | | | | | | | | 年龄 | |  | | | | 民族 | | | | | | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | 联系方式 | | | |  | | | | | | | | |
| 家庭地址 | |  | | | | | | | | | | 户籍地址 | | | |  | | | | | | | | |
| 申请人银行卡账户信息 | | |  | | | | | | | | | 家庭类型 | | | | □低保 □低收入 □特困 □其他 | | | | | | | | |
| 家庭成员 | | 姓名 | | | 关系 | | | | | 年龄 | | 联系方式 | | | | 职业与收入 | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | | | | | | | |
| **生活困难原因及表现** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭经济状况**（说明房产、车辆、金融性资产、工商注册等情况） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **享受其他社会救助补助情况**（说明具体的救助补助项目和救助补助金额） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭经济状况不符合社会救助原因**（需说明房产、汽车型号车龄、存款额、收入、子女赡养能力等超标情况） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **经确认核对报告与实际情况有差异的项目**（填写核对报告情况和实际情况） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **镇街初审意见及建议救助金额** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  建议救助金额： 元  科室负责人签字： 分管领导签字： （公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **专家评审会意见及拟救助金额** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  拟救助金额： 元 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **民政局**  **党组审批意见** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  救助金额： 元  （公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件3 |
| **照料护理救助审批表**  日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被照料人  姓名 |  | | | | | | | | 年龄 | | | | |  | | | | | 民族 | | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | | | | 联系方式 | | | | | 被照料人 | | |  | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | | | | | | 护理人员 | | |  | | |
| 家庭成员 | 姓名 | | | 关系 | | | | | 年龄 | | | | | 联系方式 | | | | | 职业与收入 | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | | | | |
| **被照料人银行账户信息** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **医疗诊断情况** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **被照料人住院情况**（包括住院所需天数） | | | | | 实际住院天数: 天。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **家属、监护人情况**（包括入户调查情况） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
| **家庭经济状况**（说明房产、车辆、金融性资产、工商注册等情况） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **享受其他社会救助补助情况**（说明具体的救助补助项目和救助补助金额） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **镇街初审意见及建议救助金额** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  建议救助金额： 元  科室负责人签字： 分管领导签字： （公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **专家评审会意见及拟救助金额** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  拟救助金额： 元 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **民政局**  **党组审批意见** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  救助金额： 元  （公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 附件4：  精神残疾鉴定和丧失劳动能力鉴定救助审批表    日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 鉴定人姓名 |  | | | | | | 年龄 | | | | | |  | | | | 民族 | | | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | | | 联系方式 | | | |  | | | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | | | | | 鉴定类型 | | | | □精神 □丧劳 | | | | | | |
| 家庭成员 | 姓名 | | | 关系 | | | 年龄 | | | | | | 联系方式 | | | | 职业与收入 | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | | | | |
| **受助人银**  **行卡信息** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **鉴定结果**  **情况** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭经济状况**（说明房产、车辆、金融性资产、工商注册等情况） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **享受其他社会救助补助情况**（说明具体的救助补助项目和救助补助金额） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭经济状况不符合社会救助原因**（需说明房产、汽车型号车龄、存款额、收入、子女赡养能力等超标情况） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **经确认核对报告与实际情况有差异的项目**（填写核对报告情况和实际情况） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **镇街初审意见及建议救助金额** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  建议救助金额： 元  科室负责人签字： 分管领导签字： （公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **专家评审会意见及拟救助金额** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  拟救助金额： 元 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **民政局**  **党组审批意见** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  救助金额： 元  （公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件5 |
| **经济困难失能人员入驻机构照护服务救助审批表**  日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人姓名 |  | | | | | | | | 年龄 | | | | |  | | | 民族 | | | | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | | | | 联系方式 | | |  | | | | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | | | | | | 家庭类型 | | | □低保 □低收入 □特困 | | | | | | | |
| 家庭成员 | 姓名 | | | 关系 | | | | | 年龄 | | | | | 联系方式 | | | 职业与收入 | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
| 申请人行账户信息 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **入住机构**  **名称** |  | | | | | | | **机构联系方式** | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **入住养老机构（托养机构）费用情况** | | | | | 申请之日前12个月入住养老机构（托养机构）总费用 元；    □是 □否享受临时救助，救助金额 元；  □是 □否享受最低生活保障家庭老年人入住养老机构补贴，享受补贴金额  元。  扣除本人已获得的最低生活保障金、最低生活保障边缘救助金、残疾人“两项补贴”、居家养老服务（护理）补贴、最低生活保障家庭老年人入住养老机构补贴行政给付后个人负担金额 元。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| **家庭经济状况**（说明房产、车辆、金融性资产、工商注册等情况） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **享受其他社会救助补助情况**（说明具体的救助补助项目和救助补助金额） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **镇街初审意见及建议救助金额** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  建议救助金额： 元  科室负责人签字： 分管领导签字： （公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **专家评审会意见及拟救助金额** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  拟救助金额： 元 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **民政局**  **党组审批意见** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  救助金额： 元  （公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件6 |
| **危房改造救助审批表**  日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请人姓名 |  | | | | | | | | 年龄 | | | | |  | | | 民族 | | | | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | | | | 联系方式 | | |  | | | | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | | | | | | 家庭类型 | | | □低保 □低收入 □特困 | | | | | | | |
| 家庭成员 | 姓名 | | | 关系 | | | | | 年龄 | | | | | 联系方式 | | | 职业与收入 | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | | | | | | |
| 申请人行账户信息 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| **改造总费用** |  | | | | | **政府补助费用** | | | | |  | | | | **个人负担改造费用** | | | | |  | | | | |
| **危房鉴定情况**（鉴定时间、鉴定单位、鉴定结果是翻建还是维修，改造面积等详细情况另附说明） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| **家庭经济状况**（说明房产、车辆、金融性资产、工商注册等情况） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **享受其他社会救助补助情况**（说明具体的救助补助项目和救助补助金额） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **镇街初审意见及建议救助金额** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  建议救助金额： 元  科室负责人签字： 分管领导签字： （公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **专家评审会意见及拟救助金额** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  拟救助金额： 元 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **民政局**  **党组审批意见** | | | | | □同意开展救助 □不同意开展救助  救助金额： 元  （公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |