附件3

**金桥镇社区为老服务补贴后续表**

村居委： 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人姓名** |  | | | **性别** | |  | | 原照护等级 | | |  | |
| 原服务补贴标准 | | | 元/人/月或  元/户/月 | |
| **身份证号码** |  | | | | | | |
| 户口地址 |  | | | | | | 居住地址 | |  | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | 本人月收入 | |  | | | |
| 紧急联系人姓名 |  | 关系 |  | | 电话 | |  | | | 居住地址 | |  |
| 紧急联系人姓名 |  | 关系 |  | | 电话 | |  | | | 居住地址 | |  |
| 对象类别 | 🗆第一类，上门评估 🗆第二类，集中评估，预约日期 | | | | | | | | | | | |
| 🗆1.低保🗆2.上海市低收入 🗆3.金桥镇低收入  🗆4.低于市平均养老金 🗆5.90周岁以上🗆6.重点优抚对象  🗆7.高龄离休干部 🗆8.独生子女伤残家庭 🗆9.失独家庭 | | | | | | | | | | | |
| **申**  **请**  **人**  **承**  **诺** | 申请原因：  ⦁ 保证提供的资料均真实有效；  ⦁ 同意将此表提供给相关机构作评估、审批等之用；  ⦁ 享受补贴期间出现不诚信行为的，同意取消半年或一年以上所有镇级为老服务补贴。  申请人签名： 日期：  代理人签名： 日期：  备注： | | | | | | | | | | | |
| **评估意见** | 评估类别： 🗆复审评估 🗆首次复核评估🗆二次复核评估  照护等级： 🗆 正常 🗆 轻度 🗆 中度 🗆 重度 | | | | | | | | | | | |
| **智慧养老办公室初审意见** | 🗆申请人通过初审，建议批准社区为老服务补贴申请，初审说明：  补贴额度：元/人/月 或 元/户/月  补贴开始日期：年月  🗆 建议否决社区为老服务补贴申请  原因：  负责人签名： 日期： | | | | | | | | | | | |
| **部分对象的部门认定** | 🗆 重点优抚对象 🗆 高龄离休干部  🗆 独生子女伤残的家庭 🗆失独家庭  🗆其他  签名确认：（盖章） | | | | | | | | | | | |
| **镇老龄办负责人审核意见** | 🗆批准社区为老服务补贴申请  🗆 否决社区为老服务补贴申请  负责人签名：（盖章） 日期： | | | | | | | | | | | |
| **镇社建办审批意见** | 🗆批准社区为老服务补贴申请  🗆 否决社区为老服务补贴申请  大办主任签名：（盖章） 日期： | | | | | | | | | | | |