附件2

金桥镇社区为老服务补贴申请表

村居委： 编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人姓名** |  | **性别** |  | 是否享受新区居家养老 | 🗆否 |
| 🗆是 照护等级🗆申请持续评估 🗆不申请持续评估 |
| **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** | ⦁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：🗆 首次评估 🗆 已享受新区居家养老政策的持续评估 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： |