附件1

事实无人抚养儿童基本生活补贴申请表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | | | | 性 别 | | | | |  | | | | | 近期  免冠  照片 | | | |
| 出生日期 |  | | | | | | | | 民 族 | | | | |  | | | | |
| 户籍状况 |  | | | | | | | | 户籍所在地 | | | | |  | | | | |
| 申请日期 |  | | | | | | | | 身份证号 | | | | |  | | | | |
| 儿童现住址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 儿童父母情况 | 关系 | | 姓名 | | | | | 身份证号码 | | | | | 现状况 | | | | | | | 联系电话 | | |
| 父亲 | |  | | | | |  | | | | | □死亡 □失踪 □重病 □重残 □失联 □服刑在押 □强制隔离戒毒 □被执行其他限制人身自由的措施 □其他 | | | | | | |  | | |
| 母亲 | |  | | | | |  | | | | | □死亡 □失踪 □重病 □重残 □失联 □服刑在押 □强制隔离戒毒 □被执行其他限制人身自由的措施 □其他 | | | | | | |  | | |
| 儿童身体状况 | □健康 □视力残疾 □听力残疾 □言语残疾 □智力残疾  □肢体残疾 □精神残疾 □多重残疾 □重病 □其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 儿童工学情况 | □学龄前 □小学 □初中 □高中或职业高中 □技校 □中专  □大专 □本科 □失学 □特教 □无就学能力 □待业 □就业 □其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 履行监护责任人员情况 | 姓名 | | | 性别 | | | 关系 | | | 身份证号码 | | | | 工作单位或家庭住址 | | | | | | 联系电话 | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| 其他主要社会关系 | 姓名 | | | 性别 | | | 关系 | | | 身份证号码 | | | | 工作单位或家庭住址 | | | | | | 联系电话 | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| **基本生活补贴发放情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 领取方式 | | □现金领取 □银行转账 | | | | | | | | | 起领年月 | | | |  | | 保障金额 | | | | |  |
| 开户人 | |  | | | | 领取人 | | | | |  | | | | | 领取人与儿童关系 | |  | | | | |
| 开户银行 | |  | | | | | | | | | 银行账号 | | | | |  | | | | | | |
| 享受低保待遇（元/月） | |  | | | | 享受特困救助供养待遇（元/月） | | | | | |  | | | | 享受困难残疾人生活补贴（元/月） | | | | |  | |
| 享受重度残疾人护理补贴  （元/月） | | | | |  | | | | | | 所在家庭是否是建档立卡  贫困户 | | | | | | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **其他救助情况** |  |
| **诚信承诺情况** | **（我保证以上所有信息真实、准确、有效，如有不实，自愿退还已领取的所有生活费并承担失信后果） （签名）** |
| 乡镇人民政府（街道办事处）  查验意见 | 经查验， 符合事实无人抚养儿童保障条件，建议予以确认。  经办人： 查验人： 负责人: （单位盖章）  查验日期: 年 月 日 |
| 县级民政部门确认意见 | 经复核， 符合事实无人抚养儿童保障条件，予以确认，  从 年 月起发放基本生活费补贴。  经办人： 复核人： 确认人: （单位盖章）  确认日期: 年 月 日 |

备注：此表一式三份，分别由儿童监护人、乡镇人民政府、县级民政部门各存一份。