

北京市民政局文件

京民社救发〔2022〕321号

北京市民政局关于印发《北京市 最低生活保障和低收入家庭救助审核 确认办法》的通知

各区民政局，北京经济技术开发区社会事业局：

现将《北京市最低生活保障和低收入家庭救助审核确认办法》印发给你们，请结合实际认真贯彻执行。



北京市最低生活保障 和低收入家庭救助审核确认办法

第一章 总 则

第一条 （目的与依据）为规范最低生活保障（以下简称低保）、低收入家庭救助审核确认工作，确保低保、低收入家庭救助制度得到公开、公平、公正实施，根据《民政部关于印发〈最低生活保障审核确认办法〉的通知》《民政部 中央农村工作领导小组办公室 财政部 国家乡村振兴局关于进一步做好最低生活保障等社会救助兜底保障工作的通知》《北京市社会救助实施办法》《中共北京市委办公厅 北京市人民政府办公厅印发〈关于改革完善社会救助制度的若干措施〉的通知》及相关文件精神，结合本市实际，制定本办法。

第二条 （适用范围）本市低保、低收入家庭救助的申请受理、调查核实、审核确认、资金发放、管理监督等适用本办法。

第三条 （职责分工）市民政局是本市低保、低收入家庭救助工作的主管部门，负责总体工作统筹安排、指导监督。区民政局负责本辖区低保、低收入家庭救助的综合管理工作，对街道（乡镇）开展低保、低收入家庭救助工作进行业务指导和监督。街道（乡镇）具体负责本辖区低保、低收入家庭救助的申请受理、调查核实、审核确认、动态管理等工作。社区（村）协助做好救助

对象发现报告、申请审核、动态管理、政策宣传等相关工作。

第二章 资格条件

第四条（低保资格条件）本市户籍居民组成的家庭，共同生活的家庭成员月人均收入低于本市当年低保标准，且符合本市低保家庭财产状况规定的，纳入低保范围。

非本市户籍居民与本市户籍居民结婚组成的家庭，其中非本市户籍居民须持有本市居住证，且符合前款家庭成员月人均收入、财产状况规定的，也可纳入本市低保范围。

第五条（直接纳入）符合下列条件之一的本市户籍人员，直接纳入低保范围：

1. 低收入家庭中残疾等级为一、二级的视力、听力、言语、肢体残疾人和残疾等级为一、二、三级的智力、精神残疾人（以下简称重度残疾人）；

2. 符合本市低保家庭财产状况规定的、依靠兄弟姐妹或 60 周岁及以上的老人扶养或抚养的成年无业重度残疾人。

第六条（特殊对象）由民政部门管理的按国家有关政策享受政府定期定量救济的 60 年代初精减退职老职工、因公（病）致残返城知青、原国民党起义投诚及宽释特赦人员、生活困难的“老归侨”及其他特殊救济对象参照本市低保标准给予保障。

前款所述的特殊救济对象的身份认定按照国家和本市相关

文件规定执行。

第七条（低收入家庭认定条件）未纳入低保的本市户籍居民组成的家庭，共同生活的家庭成员月人均收入低于最低工资标准，应急之用的人均货币财产总额不超过上年度本市城镇居民人均消费支出的 1.5 倍且实物财产符合低保认定条件的，可纳入低收入家庭救助。

非本市户籍居民与本市户籍居民结婚组成的家庭，其中非本市户籍居民须持有本市居住证，且收入、财产符合前款规定的，也可纳入低收入家庭救助。

第八条（限制重复救助）非本市户籍家庭成员已在户籍所在地或其他地区获得低保或低收入家庭救助的，不再享受本市低保或低收入家庭救助。

第九条（限制情形）下列情形不纳入本市低保、低收入家庭救助范围：

- （一）非北京市户籍学生，因就学迁入在京学校集体户口的；
- （二）采取规避法律法规隐瞒经济来源行为的；
- （三）民政部门认定的其他情形。

第十条（家庭成员）本办法所称的共同生活的家庭成员包括：

- （一）配偶；
- （二）未成年子女；
- （三）已成年但不能独立生活的子女，包括在校接受全日制本科及以下学历教育的子女；

（四）其他具有法定赡养、扶养、抚养义务关系并长期共同居住的人员。

第十一条 （不计入家庭成员）下列人员不计入共同生活的家庭成员：

（一）现役军人中的义务兵；

（二）连续三年以上（含三年）脱离家庭独立生活的宗教教职人员；

（三）人民法院宣告失踪人员；

（四）在监狱内服刑、在戒毒所强制隔离戒毒人员；

（五）民政部门按照有关程序认定的其他人员。

第十二条 （家庭经济状况认定）家庭经济状况认定包括申请人及其家庭成员的收入和财产，具体认定条件按照本市有关规定执行。

第三章 申请及受理

第十三条 （如何申请）申请低保、低收入家庭救助应当以家庭为单位，由申请家庭确定一名共同生活的家庭成员作为申请人，向户籍所在地街道（乡镇）书面或线上提出申请，也可向居住地街道（乡镇）提交申请材料，该街道（乡镇）应及时将全部材料通过社会救助信息管理系统转介至户籍地街道（乡镇）。履行申请程序有困难的，可以委托社区（村）或他人代为申请，并

办理相应委托手续。

第十四条（人户分离家庭申请）共同生活的家庭成员户籍与居住地不一致的，按照以下原则申请：

（一）家庭成员在同一户籍地且户籍地与居住地不同的，向户籍地街道（乡镇）申请；

（二）家庭成员在多个户籍地且户籍地与居住地均不相同的，向多数家庭成员户籍地街道（乡镇）申请；家庭成员户籍人数相同的，可向任一户籍地街道（乡镇）申请；

（三）家庭成员在多个户籍地且部分家庭成员户籍地与居住地相同的，向居住地街道（乡镇）申请。

第十五条（可迁移公共户籍申请）属于可迁移的“集体户口”、“社区公共户”的家庭或个人，按属地管理原则，向户籍所在地街道（乡镇）提出申请，户籍所在地的社区（村）协助做好相关工作。

第十六条（单独申请）申请人有下列情况之一的，可以单独提出申请：

（一）脱离家庭、在宗教场所居住三年以上（含三年）的生活困难的宗教教职人员；

（二）与父母长期共同居住的离婚或丧偶人员。

第十七条（申请材料）申请低保、低收入家庭救助的，应当填写《社会救助申请承诺及授权书》（附件1），并提交以下材料：

（一）本人和共同生活家庭成员，以及法定赡养人、抚养人、扶养人的身份证和户口本原件；

（二）无法通过政务数据共享获得的其他材料。

第十八条（申请家庭成员义务）申请低保、低收入家庭救助相关人员应当履行以下义务：

（一）按规定提交相关材料；

（二）书面声明家庭成员基本信息、家庭收入和家庭财产状况并签字确认；

（三）履行授权核对其家庭成员信息、家庭经济状况的相关手续，并配合开展调查工作；

（四）承诺所提供的信息真实、完整、无欺骗和隐瞒；

（五）家庭成员、家庭收入、家庭财产状况发生变化时，须及时主动申报；

（六）法定劳动年龄段内有劳动能力未就业人员应当积极求职就业，并自愿接受街道（乡镇）提供的就业培训、职业介绍；其中，登记失业人员应当按照本市就业失业管理规定履行相关义务。

第十九条（撤销申请）申请人可在街道（乡镇）审核确认前任一时刻，以书面形式撤销低保、低收入家庭救助申请。街道（乡镇）应在收到书面申请后，及时终止审核确认程序。

第二十条（材料审查）街道（乡镇）应当对申请材料进行审查，材料齐备的予以受理；材料不齐备的，应当填写《社会救

助申请材料补正通知书》(附件2),一次性告知补齐所有相关材料。

第二十一条 (近亲属备案)参与社会救助受理、审核、确认的街道(乡镇)经办人员和社区(村)工作人员,以及上述人员的近亲属申请低保、低收入家庭救助时应当如实申明;具备受理条件的,应当进行单独登记。

近亲属范围的确定参照《北京市社会救助经办人员和村(居)民委员会工作人员及其近亲属享受社会救助备案工作办法(试行)》执行。

第四章 调查核实

第二十二条 (核查时限)街道(乡镇)应当自受理低保、低收入家庭救助申请之日起10个工作日内,开展家庭基本信息及经济状况调查。

第二十三条 (核查方式)调查申请人家庭基本信息及经济状况和实际生活状况,主要采取以下方式:

(一)信息核对。受理申请后,街道(乡镇)应按照申请救助家庭成员及其相关赡养、抚养、扶养义务人家庭成员的授权进行信息核对,核对结果为审核确认工作提供依据。

(二)入户调查。街道(乡镇)可以在社区(村)的协助下,对申请人家庭基本信息及经济状况和实际生活状况入户开展调

查核实。每组调查人员不得少于 2 人。调查人员到申请家庭了解其吃、穿、住、用等实际生活状况和家庭成员身体健康状况；根据申请人声明的家庭收入和家庭财产状况，核实其真实性和完整性，填写《社会救助申请（定期核查）入户调查表》（附件 3），并和在场的共同生活家庭成员分别签字。

视情还可采取邻里访问、信函索证等调查方式。

必要时，入户调查、邻里访问等可以采取电话、视频等非接触方式进行。

第二十四条（家庭成员信息未如实申报处理）街道（乡镇）调查核实中发现申请人未如实申报家庭成员基本信息和法定赡养、抚养、扶养义务人及家庭成员基本信息的，应当出具《社会救助申请材料补正通知书》，书面告知申请人补齐所有相关材料。无正当理由未及时补正材料的，视为申请人放弃本次申请。

第二十五条（核查结果告知）申请人及相关赡养、抚养、扶养义务人家庭经济状况核对结果不符合低保或低收入家庭救助认定条件的，街道（乡镇）应下发《申请社会救助家庭调查结果告知书》（附件 4）。该家庭可以在收到《申请社会救助家庭调查结果告知书》之日起 4 个工作日内，提供相关佐证材料。无正当理由逾期未作说明的，街道（乡镇）根据调查核实结果做出审核确认决定。

第五章 审核确认

第二十六条（初审及公示）家庭调查核实结束后，街道（乡镇）根据家庭基本信息及经济状况调查等情况，提出初审意见，填写《最低生活保障审核确认表》（附件5）或《低收入家庭救助审核确认表》（附件6），并及时在社区（村）务公开栏公示《社会救助初审情况公示单》（附件7），公示期为7天。

对公示有异议或出现投诉、举报等有争议的家庭，街道（乡镇）应当重新组织调查核实或民主评议，并根据调查或民主评议情况重新提出初审意见。

第二十七条（民主评议）需要进行民主评议的，街道（乡镇）应当在4个工作日内，在社区（村）的协助下，以社区（村）为单位对申请人家庭经济状况调查结果的客观性和真实性进行民主评议。

（一）民主评议由街道（乡镇）工作人员、社区（村）党组织和自治组织有关成员、熟悉社区（村）情况的党员代表、社区（村）居民代表等参加。

（二）民主评议应当遵循以下程序：

1. 宣讲政策。街道（乡镇）工作人员介绍参加评议人员、评议议程，宣讲低保、低收入家庭救助资格条件和监督管理等政策规定，宣布评议规则和会议纪律；

2. 介绍情况。申请人陈述家庭基本情况；入户调查人员介绍申请家庭基本信息及经济状况和实际生活状况；

3. 现场评议。参加民主评议的人员对申请人家庭基本信息及

及经济状况和实际生活状况的客观性、真实性进行评价;

4. 形成结论。街道(乡镇)工作人员根据现场评议情况,对申请家庭调查结果作出结论;

5. 签字确认。民主评议应当按照《民主评议会议记录表》(附件8)内容逐项详细记录,所有参加评议人员应当签字确认。

(三)民主评议应按规定程序进行,评议期间申请人及家庭成员应当回避。《民主评议会议记录表》作为低保、低收入家庭救助档案要件之一,与其他档案一起妥善管理。

第二十八条 (审核确认)公示结束后,街道(乡镇)应在5个工作日内提出审核意见,作出确认决定。符合条件的,发放《确认给予最低生活保障告知书》(附件9)或《确认给予低收入家庭救助告知书》(附件10);不符合条件的,发放《不予确认最低生活保障告知书》(附件11)或《不予确认低收入家庭救助告知书》(附件12)。在作出以上确认决定3个工作日内,书面告知申请人,并取得送达回证。

第二十九条 (禁止行为)未经调查核实,不得将任何家庭或者个人直接纳入低保、低收入家庭救助范围。

第六章 资金发放

第三十条 (低保金计算)低保金应当按照审核确定的申请家庭月人均收入与本市低保标准的实际差额计算,同时对老年

人、未成年人、重大疾病患者、重度残人等特殊困难人员，按照本市分类救助政策提高救助水平。

第三十一条（全额发放低保金人员）下列人员按本市当年低保标准的全额确定保障金额：

- （一）本办法第六条所列人员；
- （二）享受国家定期抚恤补助、符合低保认定条件的孤老烈属等特殊优抚对象困难户；
- （三）纳入救助范围的重度残疾人；
- （四）其他特殊生活困难人员。

第三十二条（发放生活补贴人员）低收入家庭中的重病患者，每月按照当年低保标准的 35% 发放生活补贴；低收入家庭中 16 周岁及以下未成年人和 16 周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生，每月按照本市当年低保标准的 25% 发放生活补贴。

第三十三条（发放要求）按照财政管理体制有关规定，低保、低收入家庭救助所需资金纳入专账管理，按时发放。低保金、低收入家庭成员生活补贴从批准之月起给付，原则上实行社会化发放，于每月 10 日前将上月救助金支付到个人账户。确因特殊情况无法进行社会化发放的，由申请人向街道（乡镇）提出书面申请，街道（乡镇）指定工作人员代发现金。

街道（乡镇）、社区（村）工作人员代为保管用于领取最低生活保障金或生活补贴的银行存折或银行卡，应当与最低生活保

障家庭成员签订书面协议并报区级民政部门备案。

第三十四条（救助项目限定情形）本办法第五条第二款所列人员，不适用以家庭为单位的专项救助。

第七章 管理与监督

第三十五条（终止审核确认程序）共同生活的家庭成员无正当理由拒不配合低保、低收入家庭救助审核确认工作的，街道（乡镇）可以终止审核确认程序。

第三十六条（及时报告）低保、低收入家庭的人口状况、收入状况、财产状况发生变化的，应当在一个月内主动向街道（乡镇）申报。

第三十七条（分类定期核查）街道（乡镇）应当定期核查低保、低收入家庭的基本信息和经济状况，并根据家庭实际情况实行分类管理。

（一）对家庭经济状况和家庭成员基本情况相对稳定的家庭，可每年核查一次；

（二）对于收入来源不固定或不易确定，以及有劳动能力和劳动条件的家庭，应加强核查，一般每半年至少核查一次，必要时可根据信息核对预警、投诉举报等情况随时核查。

（三）本办法第六条所列人员，只需适时掌握其身体健康状况，不必核查其经济状况；

（四）核查期内低保家庭的经济状况没有明显变化的，不再调整低保金额度。

第三十八条（积极就业）已获得低保、低收入家庭救助，在法定劳动年龄内有劳动能力未就业人员，应当积极求职就业，及时报备就业情况。其中，低保家庭登记失业人员因以下情形之一被注销失业登记，且无在其他人力资源服务机构求职行为的，街道（乡镇）应当停发其本人的低保金。

（一）本人终止就业要求；

（二）无正当理由连续 3 次拒绝接收公共就业服务；

（三）连续 6 个月未与登记街道（乡镇）社会保障事务所联系。

本条所述停发情形不适用怀孕、在哺乳期、长期照护失能失智或重度残疾的家庭成员、单亲抚养学前儿童等登记失业人员。

第三十九条（异常情况处置）定期核查时，低保、低收入家庭成员应主动配合，自下发《社会救助核查材料提交通知书》（附件 13）之日起 15 日内按要求提供相关材料，逾期不提供者将根据信息核对情况作出确认决定。家庭成员有增加的，新增加的成员及其赡养、抚养、扶养义务人应履行委托对其进行经济状况核查的手续。

无特殊情况，低保、低收入家庭救助对象拒不配合提供相关材料和信息的，可暂停发放低保金或生活补贴。

第四十条（终止或变更）街道（乡镇）应当根据低保、低

收入家庭人员及经济状况变化情况，及时办理低保金或生活补贴停发、减发或者增发手续；对不再符合低保、低收入家庭救助条件的，要及时办理终止手续，并填写《最低生活保障终止或变更确认表》（附件 14）或《低收入家庭救助终止或变更确认表》（附件 15），与原始档案一同存档。

第四十一条（终止或变更送达）对于被终止低保、低收入家庭救助的，街道（乡镇）应及时送达《停止最低生活保障告知书》（附件 16）或《停止低收入家庭救助告知书》（附件 17），并取得送达回证。对于家庭收入或人员状况发生明显变化且符合救助条件的，街道（乡镇）应及时送达《最低生活保障金变更告知书》（附件 18）或《低收入家庭救助变更告知书》（附件 19），并取得送达回证。

第四十二条（救助渐退）低保人员就业后应主动报备。主动报备的，扣除就业奖励后，若家庭月人均收入虽高于低保标准但家庭财产符合低保认定标准的，可给予 12 个月的救助渐退期，渐退期内仍按月领取低保金。具体标准为：前 6 个月按其家庭原领取低保金的 100% 发放，后 6 个月按其家庭原领取低保金的 50% 发放。具体按下列程序办理：

（一）低保就业人员向街道（乡镇）书面提出救助渐退申请；

（二）街道（乡镇）受理后，启动信息核对，实施低保复审程序。对符合救助渐退条件的，出具《最低生活保障终止或变更确认表》（附件 14）和《确认给予最低生活保障救助渐退告知书》

(附件 20), 书面告知申请人并取得送达回证;

(三)救助渐退期内保留救助渐退家庭低保资格,除申请人书面提出停止救助渐退或该申请家庭人口发生变化外,不再进行其它变更。

第四十三条 (救助迁移)低保、低收入家庭户籍发生变动时,应当及时办理受助资格的迁移手续。

迁移范围在本区的,由街道(乡镇)办理迁移手续。

市内跨区迁移时,由区民政局协助办理迁移手续。迁移手续应当在 15 日内完成。迁出地街道(乡镇)应当支付当月低保金或生活补贴;迁入地街道(乡镇)应及时办理迁入手续,并从下月起发放低保金或生活补贴。

迁出本市的,街道(乡镇)应及时办理注销手续。

第四十四条 (档案管理)区民政局、街道(乡镇)应规范低保、低收入家庭救助档案的管理,电子档案与纸质档案具有同等效力。

第四十五条 (监管检查)市、区民政部门应当完善监督管理制度,加强对低保、低收入家庭救助工作的监督检查,每年随机选取一定数量的救助家庭,查看程序是否规范、认定是否准确、档案是否齐全,发现问题及时纠正。

区民政部门每月还应重点监督检查新增和退出救助对象审核确认、资金发放、近亲属备案及审核确认文书出具等情况。

第四十六条 (信息公开)街道(乡镇)应在每月月初,将

本行政区域内低保、低收入家庭救助情况在信息公开网站或被救助人居住地社区（村）务公开栏长期公布，接受社会公众的监督。

低保、低收入信息公开范围包括被救助家庭申请人姓名、保障人口数、家庭月保障金额或生活补贴金额等、所在街道（乡镇）名称。公开期限为自批准给予救助之日起，至终止救助之日止。

第四十七条（信息保密）参与社会救助各类工作人员，除按照规定公示、公布的信息外，对在救助工作中涉及到的个人隐私，应当予以保密。

第四十八条（社会监督）街道（乡镇）应当按照《北京市社会救助工作信访和投诉举报核查办法》相关规定，公开咨询和监督电话，健全完善投诉举报核查制度，有投诉举报的，应当逐一调查。

申请或者已获得救助的家庭或个人，对街道（乡镇）作出的具体行政行为不服的，可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第四十九条（违规处罚）采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取社会救助资金的，应当停止救助，并根据《北京市社会救助实施办法》相关规定，责令退回非法获取的救助资金，并可以处非法获取的救助款额1倍以上3倍以下的罚款。

威胁、侮辱、打骂履行社会救助职责的工作人员，扰乱工作秩序，构成违反治安管理行为的，依法给予治安管理处罚。

第八章 附 则

第五十条 各区民政局可以根据本办法，结合本区实际制定实施细则。

第五十一条 生活困难补助的申请、审核、确认程序参照低保有关规定执行。按月领取生活困难补助的重度残疾人，若所在家庭符合低收入家庭救助认定条件，给予其本人低保后，不再领取生活困难补助。

第五十二条 本办法由市民政局负责解释。

第五十三条 本办法自印发之日起施行。《北京市民政局关于印发〈北京市社会救助审批制度改革工作方案〉的通知》（京民社救发〔2020〕73号）同时废止。其他文件中相关规定与本办法不一致的，以本办法为准。

- 附件：
1. 社会救助申请承诺及授权书
 2. 社会救助申请材料补正通知书
 3. 社会救助申请（定期核查）入户调查表
 4. 申请社会救助家庭调查结果告知书
 5. 最低生活保障审核确认表
 6. 低收入家庭认定审核确认表
 7. 社会救助初审情况公示单
 8. 民主评议会议记录表

9. 确认给予最低生活保障告知书
10. 确认给予低收入家庭救助告知书
11. 不予确认最低生活保障告知书
12. 不予确认低收入家庭救助告知书
13. 社会救助核查材料提交通知书
14. 最低生活保障终止或变更确认表
15. 低收入家庭救助终止或变更确认表
16. 停止最低生活保障告知书
17. 停止低收入家庭救助告知书
18. 最低生活保障金变更告知书
19. 低收入家庭救助变更告知书
20. 最低生活保障救助渐退审核确认告知书
21. 送达回证

附件 1

社会救助申请承诺及授权书

_____（区）_____（街道、乡镇）

本人现提出申请（* 请在前小框内勾选）：

- ☐最低生活保障 ☐低收入家庭 ☐生活困难补助
☐特困人员供养（☐集中供养☐分散供养） ☐其他 _____

1. 家庭基本情况
基本信息

| 项目 | 申请人（持证人） | 家庭成员 1 | 家庭成员 2 | 家庭成员 3 | 家庭成员 4 |
|--|--|--|--|--|--|
| 姓名 | | | | | |
| 身份证号 | | | | | |
| 健康状况 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 重度残疾人 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 重度残疾人 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 重度残疾人 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 重度残疾人 | <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 重度残疾人 |
| 就业状况 | <input type="checkbox"/> 单位就业 <input type="checkbox"/> 灵活就业 <input type="checkbox"/> 自谋职业 （自主创业） <input type="checkbox"/> 未就业（其中已登记失业 <input type="checkbox"/> ） | <input type="checkbox"/> 单位就业 <input type="checkbox"/> 灵活就业 <input type="checkbox"/> 自谋职业 （自主创业） <input type="checkbox"/> 未就业（其中已登记失业 <input type="checkbox"/> ） | <input type="checkbox"/> 单位就业 <input type="checkbox"/> 灵活就业 <input type="checkbox"/> 自谋职业 （自主创业） <input type="checkbox"/> 未就业（其中已登记失业 <input type="checkbox"/> ） | <input type="checkbox"/> 单位就业 <input type="checkbox"/> 灵活就业 <input type="checkbox"/> 自谋职业 （自主创业） <input type="checkbox"/> 未就业（其中已登记失业 <input type="checkbox"/> ） | <input type="checkbox"/> 单位就业 <input type="checkbox"/> 灵活就业 <input type="checkbox"/> 自谋职业 （自主创业） <input type="checkbox"/> 未就业（其中已登记失业 <input type="checkbox"/> ） |
| 未就业原由 | <input type="checkbox"/> 怀孕 <input type="checkbox"/> 在哺乳期 <input type="checkbox"/> 长期照护家庭成员* <input type="checkbox"/> 单亲抚养学前儿童 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 怀孕 <input type="checkbox"/> 在哺乳期 <input type="checkbox"/> 长期照护家庭成员* <input type="checkbox"/> 单亲抚养学前儿童 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 怀孕 <input type="checkbox"/> 在哺乳期 <input type="checkbox"/> 长期照护家庭成员* <input type="checkbox"/> 单亲抚养学前儿童 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 怀孕 <input type="checkbox"/> 在哺乳期 <input type="checkbox"/> 长期照护家庭成员* <input type="checkbox"/> 单亲抚养学前儿童 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 怀孕 <input type="checkbox"/> 在哺乳期 <input type="checkbox"/> 长期照护家庭成员* <input type="checkbox"/> 单亲抚养学前儿童 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 户籍地址 | | | | | |
| 家庭居住地址 | <input type="checkbox"/> 同户籍地址 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 同户籍地址 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 同户籍地址 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 同户籍地址 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 同户籍地址 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 联系电话 | | | | | |
| 16 周岁及以下未成年人或 16 周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

长期照护家庭成员* 指长期照护失能失智或重度残疾的家庭成员。

法定赡养、抚养、扶养义务人及其家庭成员基本信息

| 项目 | 法定义务人 1 | 法定义务人 2 | 法定义务人 3 | 法定义务人 4 | 法定义务人 5 |
|------------|--|--|--|--|--|
| 姓名 | | | | | |
| 身份证号 | | | | | |
| 赡养、抚养、扶养关系 | | | | | |
| 户籍地址 | | | | | |
| 家庭居住地址 | <input type="checkbox"/> 同户籍地址 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 同户籍地址 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 同户籍地址 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 同户籍地址 <input type="checkbox"/> 其他_____ | <input type="checkbox"/> 同户籍地址 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 联系电话 | | | | | |

2. 家庭收入信息

工资性收入：收入人姓名 _____ 平均每月工资及奖金、津贴 _____ 元
收入人姓名 _____ 平均每月工资及奖金、津贴 _____ 元

经营净收入：收入人姓名 _____ 平均每月收益 _____ 元
收入人姓名 _____ 平均每月收益 _____ 元

■农村农副业生产收入 家庭上一年总计收入 _____ 元

财产净收入：收入人姓名 _____ 平均每月收益 _____ 元
收入人姓名 _____ 平均每月收益 _____ 元
出租房屋收益 平均每月 _____ 元
转租、出让承包土地经营权收入： _____ 元

■村集体分红等收入 家庭上一年总计收入 _____ 元

转移净收入：

■离退休金 领取人姓名 _____ 平均每月 _____ 元
领取人姓名 _____ 平均每月 _____ 元

■居民养老金 领取人姓名 _____ 申请当月 _____ 元 平均每月 _____ 元
领取人姓名 _____ 申请当月 _____ 元 平均每月 _____ 元

■职工养老金 领取人姓名 _____ 申请当月 _____ 元 平均每月 _____ 元
领取人姓名 _____ 申请当月 _____ 元 平均每月 _____ 元

■福利养老金 领取人姓名 _____ 申请当月 _____ 元 平均每月 _____ 元
领取人姓名 _____ 申请当月 _____ 元 平均每月 _____ 元

■失业保险金 领取人姓名 _____ 平均每月 _____ 元
领取时限：_____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月
领取人姓名 _____ 平均每月 _____ 元
领取时限：_____ 年 _____ 月至 _____ 年 _____ 月

■住房公积金支取 领取人姓名 _____ 支取原因 _____ 申请前 12 个月支取 _____ 元
■获得赡养、抚养、扶养费 平均每月 _____ 元
■其它需要登记的收入 _____

3. 家庭财产信息

■现金 _____ 元
■银行储蓄和资产管理产品 总金额 _____ 元
■股票、基金等有价值证券 总市值 _____ 元
■商业保险 保险名称 _____ 现金价值 _____ 元
保险名称 _____ 现金价值 _____ 元
■企业投资人的认缴出资 认缴出资额 _____ 元 投资人姓名 _____
■股权、股份、债券 总市值 _____ 元 持有人姓名 _____
总市值 _____ 元 持有人姓名 _____
■房产 产权人姓名 _____ 面积 _____ 平方米 ☐ 自住 ☐ 商用 ☐ 出租 (每月收益 _____ 元)
产权人姓名 _____ 面积 _____ 平方米 ☐ 自住 ☐ 商用 ☐ 出租 (每月收益 _____ 元)
■车辆 行驶证登记的所有人 _____ 车牌号 _____
行驶证登记的所有人 _____ 车牌号 _____
■其它需要登记的贵重财产及价值 _____

(说明: 可另附页)

承诺及授权书

申请人及家庭成员了解北京市社会救助申请有关政策, 现郑重承诺:

1. 表格中所填写的全部内容及所提供的全部材料均真实、完整, 无欺骗和隐瞒;
2. 申请和获得社会救助期间, 若人口状况、收入状况、财产状况发生变化, 在 30 日内主动向审核确认单位告知变化情况;
3. 申请和获得社会救助期间, 自觉接受并配合调查核实工作, 积极求职就业, 自愿接受街道办事处、乡镇人民政府提供的就业培训、就业介绍;
4. 申请和获得社会救助期间, 保持联系畅通, 联系方式如有变化及时告知审核确认单位。

如不履行上述承诺，自愿依法停止申请或者停止相应的社会救助，并承担相应法律责任。

申请人及其他家庭成员（含法定赡、抚、扶养人及其家庭成员）承诺以下签名、身份证号码均为本人签署，如有虚假，申请人及其他家庭成员（含法定赡、抚、扶养人及其家庭成员）愿意承担法律责任。

同时，申请人及其他家庭成员（含法定赡、抚、扶养人及其家庭成员）授权社会救助审核确认单位及其委托居民经济状况核对机构对本家庭成员（含法定赡、抚、扶养人及其家庭成员）的基本信息、收入和财产情况进行核对，包括但不限于入户调查和到公安、人保、住建、市场监管、税务、规划和自然资源、卫健、医保、住房公积金、银行、保险、证券等部门和机构进行核查和信息比对。亦同意所有涉及到本家庭（含法定赡、抚、扶养人家庭）经济状况和家庭消费信息的部门或机构将所需资料和信息提供给北京市民政局及本人所提出申请的辖区社会救助管理部门。

授权有效期从本人提出申请之日起至终止社会救助之日止。

申请人、家庭成员承诺及授权签字确认：

| 项目 | 申请人（持证人） | 家庭成员 1 | 家庭成员 2 | 家庭成员 3 |
|--------|----------|--------|--------|--------|
| 姓名 | | | | |
| 身份证号 | | | | |
| 本人签字确认 | | | | |
| 签字时间 | | | | |

法定赡养、抚养、扶养义务人及其家庭成员承诺以及授权签字确认：

| 项目 | 法定义务人 1 | 法定义务人 2 | 法定义务人 3 | 法定义务人 4 | 法定义务人 5 |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 姓名 | | | | | |
| 身份证号 | | | | | |
| 本人签字确认 | | | | | |
| 签字时间 | | | | | |

备注：当事人为无民事行为能力人、限制民事行为能力人的，由监护人代签。

附件 2

社会救助申请材料补正通知书

xxx: 您好!

我们于 年 月 日收到您提交的 申请材料。经审核,有如下材料欠缺或表达不清,请您在收到本补正通知书之日起 5 个工作日内补正。无正当理由逾期不予补正的,视为您放弃本次申请。补正申请材料所用时间不计入审查期限。

1.
2.
3.

xx 乡镇人民政府(街道办事处)

(社会救助审核专用章)

年 月 日

(一式两份,一份归档,一份送达申请人)

附件 3

社会救助申请（定期核查） 入户调查表

受理区域：_____区_____乡镇（街道）_____社区（村）

申请救助类型：_____

申请人姓名：_____

入户调查单位：_____

入户调查人姓名：_____

入户调查时间：_____

| 家 庭 基 础 信 息 | | | |
|---------------|--|-----------------|--|
| 家庭户籍类型 | | 是否人户分离 | |
| 家庭居住住址 | | 家庭成员结构 | |
| 家庭类型 | | 家庭人口 | |
| 家庭职业结构 | | 特殊家庭结构 | |
| 申 请 人 基 本 信 息 | | | |
| 申请人（持证人）姓名 | | 身份证号码 | |
| 性别 | | 民族 | |
| 年龄 | | 文化程度 | |
| 婚姻状况 | | 政治面貌 | |
| 户籍性质 | | 身份类别 | |
| 户籍详细地址 | | 联系电话 | |
| 身体状况 | | 劳动能力状况 | |
| 健康状况 | | 生活自理能力 | |
| 残疾种类 | | 残疾等级 | |
| 居住情况 | | 生活照顾 | |
| 就业状态 | | 职业 | |
| 单位名称(及组织机构代码) | | 单位性质 | |
| 单位联系人 | | 联系人电话 | |
| 上级主管部门名称 | | 上级主管部门负责人姓名 | |
| 上级主管部门联系电话 | | 创办企业名称(及组织机构代码) | |
| 是否占地农转居 | | 是否水库移民 | |
| 家 庭 成 员 情 况 | | | |
| 家庭成员姓名 | | 身份证号码 | |
| 与申请人关系 | | 成员类型 | |
| 性别 | | 民族 | |
| 文化程度 | | 年龄 | |
| 婚姻状况 | | 政治面貌 | |

| | | | |
|---------------------------|----------------|-----------------|----------------|
| 户籍性质 | | 身份类别 | |
| 户籍详细地址 | | 联系电话 | |
| 身体状况 | | 劳动能力状况 | |
| 健康状况 | | 生活自理能力 | |
| 残疾种类 | | 残疾等级 | |
| 居住情况 | | 生活照顾 | |
| 就业状态 | | 职业 | |
| 单位名称(及组织机构代码) | | 单位性质 | |
| 单位联系人 | | 联系人电话 | |
| 上级主管部门名称 | | 上级主管部门负责人姓名 | |
| 上级主管部门联系电话 | | 创办企业名称(及组织机构代码) | |
| 是否占地农转居 | | 是否水库移民 | |
| 住 房 情 况 | | | |
| 家庭居住详细地址 | | 住房性质 | |
| 房屋证件名称 | | 长期共居人口数 | |
| 房屋类型 | | 房屋结构 | |
| 房屋建筑面积 | m ² | 人均建筑面积 | m ² |
| 是否出租住房 | | 租金收入 | 元 |
| 预 警 信 息 | | | |
| 预警内容 | 入户核查情况 | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 以上入户调查内容，本人已确认无误 | | | |
| 申请人及在场其他共同生活 家庭成员意见及签字 | | | |

附件 4

申请社会救助家庭调查结果告知书

xxx: 您好!

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》等相关规定,对您家庭及相关(□赡养人____ □抚养人____ □扶养人____)家庭进行经济状况调查。经调查发现以下情形:

1. □家庭收入超标

具体描述……;

2. □家庭财产超标

具体描述……;

3. □其他情形

具体描述……。

请您在收到本告知书之日起4个工作日内,提供相关材料;无正当理由逾期未提供的,将视情终止审核确认程序或作出确认决定。

xx 乡镇人民政府(街道办事处)

(社会救助审核专用章)

年 月 日

附件 5

最低生活保障审核确认表

| 保障类别 | | □低保 □特困 | | 申请入户籍所在地 | | 实际居住地 | | | | | |
|------------|----|-------------|------|------------|----------|----------------------|------------|-------------|--------------|-----------------|--------------|
| 家庭户籍类型 | | □非农业 □农业 | | 家庭类别 | | □有在职人员家庭 □无在职人员家庭 | | | | | |
| 家庭成员基本情况 | 关系 | 姓名 | 身份证号 | 是否重病 患者 | 是否重 残 | 联系电话 | 月收入 (元) | 收入核减 (元) | 增发低保金 (元) | 就业奖励扣 除金额(元) | 应发低保金 (元) |
| | 本人 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 家庭保障人口 | | 人 | | 家庭月总收入(元) | | 家庭月人均收入(元) | | 家庭月低保金(元) | | 元 | |
| 街道(乡镇)初审意见 | | | | 街道(乡镇)审核意见 | | | | 街道(乡镇)确认意见 | | | |
| 经办人签字: | | 年 月 日 | | 经办人签字: | | 年 月 日 | | 负责人签字: | | 年 月 日 | |

附件 6

低收入家庭救助审核确认表

| | | | | | | | | | | | |
|------------|----|--------------------------------|------------|---|---|---|------------|----------------------------------|--------------|----------------------------------|---|
| 保障类别 | | <input type="checkbox"/> 城市低收入 | | <input type="checkbox"/> 农村低收入 | | 申请入户籍所在地 | | 实际居住地 | | | |
| 家庭户籍类型 | | <input type="checkbox"/> 非农业 | | <input type="checkbox"/> 农业 | | 家庭类别 | | <input type="checkbox"/> 有在职人员家庭 | | <input type="checkbox"/> 无在职人员家庭 | |
| 家庭成员基本情况 | 关系 | 姓名 | 身份证号 | 重病患者 | 重度残疾 | 未成年人及本科以下学生* | 联系电话 | 月收入（元） | 生活补贴或低保金*（元） | | |
| | 本人 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | | | | | |
| 家庭保障人口 | | 人 | 家庭月总收入（元） | | | | 家庭月人均收入（元） | | 生活补贴和低保金总计* | | 元 |
| 街道（乡镇）初审意见 | | | 街道（乡镇）审核意见 | | | | | | 街道（乡镇）确认意见 | | |
| 经办人签字： | | 日 | 年 | 月 | 经办人签字： | | 年 | 月 | 负责人签字： | | |

注：1.未成年人及本科以下学生*指 16 周岁及以下未成年人和 16 周岁以上接受本科及以下学历教育的在校学生。
2.生活补贴*指对低收入家庭中 16 周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生按照本市当年低保标准的 25%发放的生活补贴，对重病
患者按照本市当年低保标准的 35%发放的生活补贴；
3.低收入家庭的重度残疾人本人直接纳入低保。

附件 7

社会救助初审情况公示

依据《北京市社会救助实施办法》相关规定，拟对下列家庭给予社会救助。现将初审情况公示如下，请广大居民监督。

如有异议，请于----年---月----日至-----年---月----日（7 日内）向-----街道办事处（乡镇人民政府）反映。

联系电话：

联系地址：

| 序号 | 申请人姓名 | 家庭人口数 | 拟保障人口数 | 家庭地址 | 保障类别 |
|----|-------|-------|--------|------|------|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |

保障类别：最低生活保障、低收入家庭救助、生活困难补助、特困人员救助供养。

xx 乡镇人民政府（街道办事处）
（社会救助审核专用章）

年 月 日

附件 8

民主评议会议记录表

| | | | | | |
|--|--|--------|--|-------|--|
| 区 | | 街道（乡镇） | | 社区（村） | |
| 申请人姓名 | | 年龄 | | 保障人口 | |
| 评议时间 | | | | | |
| 应参加评议人数： 实际参加人数： | | | | | |
| 评议内容 | 对家庭经济状况和实际生活状况、个人申报情况的客观性和真实性进行评价。 | | | | |
| 评议记录 | | | | | |
| 评议结果 | 参加评议人员共 人（符合有关要求人数）。 对评议内容无异议的 人。 对评议内容有异议的 人，具体内容为 | | | | |
| 评议代表 签字 | | | | | |
| <div> <div>街道（乡镇）意见 （盖章）</div> <div>（社会救助审核专用章） 年 月 日</div> </div> | | | | | |

附件 9

确认给予最低生活保障告知书

社救低保确〔年份〕xx 号

xxx：您好！

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》等相关规定，对您于____年____月____日提交的城乡居民最低生活保障申请，现予确认。

您家庭将自____年____月开始获得最低生活保障（保障人口____人），家庭月领取最低生活保障金元。

如有异议，可自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区人民政府申请行政复议，或自收到本告知书之日起 6 个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

在给予最低生活保障期间，您及家庭成员符合相关规定的还可以申请医疗、教育、住房、就业、采暖等专项救助和临时救助。同时，当您家庭的人口状况、收入状况、财产状况发生变化时，应当及时主动告知您户籍所在地街道（乡镇）。

xx 乡镇人民政府（街道办事处）

（社会救助确认专用章）

年 月 日

附件 10

确认给予低收入家庭救助告知书

社救低收入确〔年份〕xx 号

xxx: 您好!

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》等相关规定,对您于____年____月____日提交的低收入家庭认定申请,现予确认。

您家庭将自____年____月开始认定为低收入家庭(保障人口__人)。其中,16 周岁及以下未成年人_人,16 周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生_人获得生活补贴,月领取生活补贴总计____元;重病患者_人获得生活补贴,月领取生活补贴总计____元;重度残疾人_人获得最低生活保障,月领取最低生活保障金总计____元。

如有异议,可自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区人民政府申请行政复议,或自收到本告知书之日起 6 个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

在认定为低收入家庭期间,您及家庭成员符合相关规定的可以申请医疗、教育、住房、采暖等专项救助和临时救助。同时,当您家庭的人口状况、收入状况、财产状况发生变化时,应当及时主动告知您户籍所在地街道(乡镇)。

xx 乡镇人民政府(街道办事处)

(社会救助确认专用章)

年 月 日

附件 11

不予确认最低生活保障告知书

社救低保确〔年份〕xx 号

xxx: 您好!

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》等相关规定,对您于____年____月____日提交的城乡居民最低生活保障申请进行了调查核实,基于以下理由,不予确认:

1. 您家庭 xxx 情况,不符合《xx》第 xx 条规定;
2. 您家庭 xxx 情况,不符合《xx》第 xx 条规定;

.....。

如对本决定不服,可以自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区人民政府申请行政复议,或自收到本告知书之日起 6 个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

xx 乡镇人民政府(街道办事处)

(社会救助确认专用章)

年 月 日

不予确认低收入家庭救助告知书

社救低收入确〔年份〕xx 号

xxx: 您好!

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》等相关规定,对您于____年____月____日提交的低收入家庭认定申请,基于以下理由,不予确认:

1. 您家庭 xx 情况,不符合《xx》第 xx 条规定;
2. 您家庭 xx 情况,不符合《xx》第 xx 条规定;

.....。

如对本决定不服,可以自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区人民政府申请行政复议,或自收到本告知书之日起 6 个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

xx 乡镇人民政府(街道办事处)
(社会救助确认专用章)

年 月 日

社会救助核查材料提交通知书

xxx: 您好!

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》等相关规定,我们于 年 月 日对您家庭经济状况进行信息核对,您家庭的_____情形不符合(☐ 城乡居民最低生活保障 ☐ 城乡低收入家庭 ☐ 特困人员救助供养)的相关认定条件。请您在收到本通知书之日起 15 日内,提供相关材料并说明情况:

1.;

2.;

.....。

无正当理由逾期不提供相关材料的,将根据信息核对情况作出确认决定。

xx 乡镇人民政府(街道办事处)

(社会救助审核专用章)

年 月 日

(一式两份,一份归档,一份送达申请人)

附件 14

最低生活保障终止或变更确认表

| 编号 | | 持证人姓名 | | 变化类型 | | 终止低保 | 保障情况变更 | | |
|-------------|-----------|---------|----------|------------|------------|--------|-----------|-------------|----------|
| 家庭户籍类型 | | 家庭户籍所在地 | | 家庭居住地 | | | | | |
| 家庭成员变更后基本情况 | 关系 | 姓名 | 身份证号 | 是否重病患者 | 是否重残 | 月收入(元) | 收入核减(元) | 就业奖励扣除金额(元) | 应发低保金(元) |
| | 本人 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 低保终止或变更原因 | | | | | | | | | |
| 变更情况 | 家庭保障人口(人) | 原: | 家庭月收入(元) | 原: | 家庭月人均收入(元) | 原: | 家庭月低保金(元) | 原: | |
| | | 现: | | 现: | | 现: | | 现: | |
| 街道(乡镇)初审意见 | | | | 街道(乡镇)审核意见 | | | | 街道(乡镇)确认意见 | |
| 经办人签字: | | 日 | | 年 | | 月 | | 日 | |

低收入家庭救助终止或变更确认表

| | | | | | | | |
|------------------|--------|--|------------|---|---|--|----------------|
| 编号 | | 持证人姓名 | | 变化类型 | | <input type="checkbox"/> 终止低收入家庭救助 <input type="checkbox"/> 保障情况变更 | |
| 家庭户籍类型 | | <input type="checkbox"/> 非农业 <input type="checkbox"/> 农业 | | 实际居住地 | | | |
| 家庭成员变更后基本情况 | 关系 | 姓名 | 身份证号 | 是否重病患者 | 是否重残 | 未成年人及本科以下学生* | 生活补贴或低保金*(元) |
| | 本人 | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| | | | | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | |
| 城乡低收入家庭救助终止或变更原因 | | | | | | | |
| 变更情况 | 家庭保障人口 | 原： 现： | 家庭月总收入（元） | 原： 现： | 家庭月人均收入（元） | 原： 现： | 生活补贴*(元) 现： |
| 街道（乡镇）初审意见 | | | 街道（乡镇）审核意见 | | | 街道（乡镇）确认意见 | |
| 经办人签字： 日 年 月 | | 经办人签字： 年 月 日 | | 领导签字： 年 月 日 | | | |

注：1.未成年人及本科以下学生*指16周岁及以下未成年人和16周岁以上接受本科及以下学历教育的在校学生。
2.生活补贴*指对低收入家庭中16周岁以上接受全日制本科及以下学历教育的在校学生按照本市当年低保标准的25%发放的生活补贴，对重病患者按照本市当年低保标准的35%发放的生活补贴。
3.低收入家庭的重度残疾人本人直接纳入低保。

停止最低生活保障告知书

社救低保确〔年份〕xx 号

xxx: 您好!

_____ (低保家庭成员及身份证号码)获得的城乡居民最低生活保障自_____年_____月终止;

给予_____ (低保家庭成员及身份证号码)的低保金自_____年_____月起停发。理由如下:

1. 您家庭 xxx 情况, 不符合《xxx》第 xx 条规定;
2. 您家庭 xxx 情况, 不符合《xxx》第 xx 条规定;
-。

如对本决定不服, 可以自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区人民政府申请行政复议, 或自收到本告知书之日起 6 个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

xx 乡镇人民政府 (街道办事处)

(社会救助确认专用章)

年 月 日

停止低收入家庭救助告知书

社救低收入确〔年份〕xx 号

xxx: 您好!

_____ (低收入家庭成员及身份证号码)获得的城乡
低收入家庭救助自_____年_____月终止;

给予_____ (低收入家庭成员及身份证号码)的生活
补贴自_____年_____月起停发,重度残疾人(姓名及身份证
号码)终止低保身份,低保金自_____年_____月起停发。理
由如下:

1. 您家庭 xxx 情况,不符合《xxx》第 xx 条规定;
2. 您家庭 xxx 情况,不符合《xxx》第 xx 条规定;

.....。

如对本决定不服,可以自收到本告知书之日起 60 日内向北
京市 xx 区人民政府申请行政复议,或自收到本告知书之日起 6
个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

xx 乡镇人民政府(街道办事处)
(社会救助确认专用章)

年 月 日

最低生活保障金变更告知书

社救低保确〔年份〕xx 号

xxx: 您好!

由于您的家庭(□人口状况 □收入状况)发生变化,根据《社会救助暂行办法》第十三条第三款规定,经过重新核算认定,决定从_____年_____月起,对您家庭月领取最低生活保障金从_____元调整为每月_____元。

调整原因:

如对本决定不服,可以自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区人民政府申请行政复议,或自收到本告知书之日起 6 个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

xx 乡镇人民政府(街道办事处)

(社会救助确认专用章)

年 月 日

低收入家庭救助变更告知书

社救低收入确〔年份〕xx 号

xxx: 您好!

由于您的家庭人口状况发生变化,根据《社会救助暂行办法》第十三条第三款规定,经过重新核算认定,决定从_____年__月起,对您家庭月领取生活补贴金每月总计从_____元调整为元。

调整原因:

如对本决定不服,可以自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区人民政府申请行政复议,或自收到本告知书之日起 6 个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

xx 乡镇人民政府(街道办事处)

(社会救助确认专用章)

年 月 日

确认给予最低生活保障救助渐退告知书

社救低保渐退〔年份〕xx 号

xxx: 您好!

根据《社会救助暂行办法》《北京市社会救助实施办法》等相关规定,对您于_____年_____月_____日提交的城乡居民最低生活保障救助渐退申请,现予批准。

您家庭将自_____年_____月至_____年_____月获得最低生活保障救助渐退(保障人口 人),救助渐退期内,前 6 个月每月为您家庭发放_____元救助金。后 6 个月每月为您家庭发放元救助金。自救助渐退期结束之月下月起,您家庭获得的最低生活保障身份终止、救助金停发。

如有异议,可自收到本告知书之日起 60 日内向北京市 xx 区人民政府申请行政复议,或自收到本告知书之日起 6 个月内向北京市 xx 区人民法院提起行政诉讼。

在给予救助渐退期间,您及家庭成员符合相关规定的还可以申请医疗、教育、住房、就业、采暖等专项救助和临时救助。

xx 乡镇人民政府(街道办事处)

(社会救助确认专用章)

年 月 日

附件 21

送 达 回 证

| | |
|--------|----------------------|
| 送达文书名称 | |
| 送达地点 | |
| 送达方式 | |
| 送达人 | 送达人签名： 送达人签名： |
| 被送达人 | 被送达人（或代理人）签名： |
| 送达日期 | |

备注：送达回证适用本办法中所有涉及告知书的附件。

