附件1

重庆市“两项补贴”申请审定流程图

**申请人申请**

可委托村（居）委会或他人代为提交申请

资料不齐备的通知申请人补正

**乡镇（街道）服务窗口**

**审查受理**

经初审不符合条

件的书面告知申请人

有异议的调查核实，将调查结果告知提出异议的人

**乡镇（街道）审查公示**

**乡镇（街道）研究确认**

**群众评议**

有疑问的再次调查核实

**乡镇（街道）上报初审意见**

资料不全的

退回补齐

**区县残联审核**

不符合条件的反馈乡镇（街道）并由乡镇（街道）书面告知申请人

**材料审核**

**研究确认**

**形成审核意见转报区县民政局**

有疑问的再次调查核实

资料不全的

退回补齐

**区县民政局审定**

不符合条件的由乡镇（街道）书面告知申请人并反馈区县残联

**材料审查**

**信息比对**

**研究决定**

**长期公示**

**下发通知书**

**发放补贴资金**

附件2

重庆市贫困残疾人生活补贴申请审定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | |  | | | 出生年月 | | | |  |
| 残疾类别 | |  | | | 残疾等级 | |  | | | 联系电话 | | | |  |
| 残疾人证号 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 低保证号 | | |  | | | | | 纳入低保日期 | | | | |  | |
| 户籍所在地 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 现居住地 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 委托代理人 | 姓名 | | |  | | 性别 | | |  | | 身份证号码 |  | | |
| 与申请人关系 | | |  | | | | | | | 联系电话 |  | | |
| 现居住地 | | |  | | | | | | | | | | |
| 本人（或委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。  申请人（或委托代理人）签字 ： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 已于 年 月 日至 年 月 日在我村（社区）或xx供养机构公示，未提出异议。  村（居）民委员会或xx供养机构（盖章）  负责人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 经审核，该残疾人证和残疾等级属实。  区县（自治县）残联（盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 经审定，同意该对象享受贫困残疾人生活补贴，自 年 月起开始发放。    区县（自治县）民政局（盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |

注：本申请审定表一式叁份报区县（自治县）残联审核、民政局审定。待审定后，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

附件3

重庆市重度残疾人护理补贴申请审定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 |  | | 出生年月 | |  |
| 残疾类别 | |  | | | 残疾等级 |  | | 联系电话 | |  |
| 残疾人证号 | | |  | | | | | | | |
| 户籍所在地 | | |  | | | | | | | |
| 现居住地 | | |  | | | | | | | |
| 委托代理人 | 姓名 | | |  | | 性别 |  | | 身份证号码 |  |
| 与申请人关系 | | |  | | | | | 联系电话 |  |
| 现居住地 | | |  | | | | | | |
| 本人（或委托代理人）保证以上信息及提交的材料真实有效。  申请人（或委托代理人）签字 ： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 已于 年 月 日至 年 月 日在我村（社区）或xx供养机构公示，未提出异议。  村（居）民委员会或xx供养机构（盖章）  负责人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 经审核，该残疾人证和残疾等级属实。  区县（自治县）残联（盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 经审定，同意该对象享受重度残疾人护理补贴，自 年 月起发放护理补贴每月 元。  区县（自治县）民政局（盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | |

注：本申请审定表一式叁份报区县（自治县）残联审核、民政局审定。待审定后，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

附件4

重庆市“两项补贴”申请补正告知书

（ 年第 号）

:

您提交的贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）申请资料已收到，具体如下：

1.残疾人证原件及复印件；□

2.居民户口簿、居民身份证原件及复印件；□

3.低保证原件及复印件；□

4.委托书；□

5.代理人的居民户口簿、居民身份证原件及复印件；□

6.其他相关有效证明材料： 。□

经审查，您提交的申请材料不齐备，请在收到本通知之日起5日内补正上述第 项材料，逾期不提交的视为放弃本次申请。

申请人（签字）： 经办人（签字）：

联系电话： 联系电话：

乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）

年 月 日

注：本告知书一式两份，由受理机关在认定申请人提交的申请材料不齐备时出具。第一份由申请人留存，第二份由受理机关存档。

附件5

委托书

乡（镇）人民政府、街道办事处：

本人是 （具体到门牌号）居民，身份证号： 。

现委托（受托人姓名) 身份证号： 办理申请贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）事宜，请予接洽。

委托人签字：

委托代理人签字：

年 月 日

附件6

公 示（审查）

根据《国务院关于全面建立困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的意见》，XX乡镇（街道）于X年X月X日受理了（申请人）享受贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）的申请，经对（申请人）等XX名同志（名单附后）申请情况和提交的证明材料进行审查，拟确定（申请人）为享受贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）的乡镇（街道）初审对象，现予以公示，接受广大群众监督。公示时间为： 。在公示期间，广大群众如有异议，可向乡镇（街道）纪委或办公室反映，纪委联系电话： ，办公室电话： 。邮箱： ，联系地址： 。

XX乡镇（街道）

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **残疾证号** | **残疾等级** | **低保证号** | **拟享受类 别** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件7

重庆市“两项补贴”审定结果（复核结果）

“两项补贴”审定（复核）小组对本次提出享受残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）的XX等申请人进行了审定（对XX等XX名同志进行了定期复核），经研究，提出了审定意见（复核意见）。结果如下：

1. 拟纳入享受的申请人（拟继续享受的对象）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请人 | 身份证号 | 残疾证号 | 残疾等级 | 低保证号 | 居住地址 | 纳入类别 | 复核期限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

二、拟不予纳入享受的申请人（拟取消“两项补贴”资格的对象）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请人 | 身份证号 | 居住地址 | 不予保障理由及类别 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

区县（自治县）民政局（盖章）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

注：本结果一式叁份，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

附件8

重庆市“两项补贴”审定结果通知书

乡镇人民政府（街道办事处）：　　  
　　 你们于　　　年　　月　　日报来的　　贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）申请材料已审定。其中，　　等纳入贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）发放对象，请组织所在村（社区）纳入长期公示范围予以公示；　　等不符合贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）条件，请将告知书送达申请人。

纳入“两项补贴”的申请人

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请人 | 身份证号 | 残疾证号 | 残疾等级 | 低保证号 | 居住地址 | 纳入类别 | 复核期限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

不予纳入“两项补贴”的申请人

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申请人 | 身份证号 | 居住地址 | 不予保障理由 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

区县（自治县）民政局（盖章）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

注：本表一式叁份，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

附件9

重庆市不予享受“两项补贴”告知书（存根）

　　经审查核实，　　　　　不符合贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）条件。其原因是：

经办人：  
　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　月　日

…………………………………………………………………………………………………………………………………

重庆市不予享受“两项补贴”告知书

：  
　　你于　　　年　月　日提出贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）申请。经审查核实，你不符合贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）条件。理由是：

如对此决定不服，可在收到本决定60日内向（写明发出告知书的上级行政主管单位或业务主管部门）提出行政复议，也可以在收到本决定之日起6个月内向有管辖权的人民法院提起行政诉讼。

特此告知。

区县（自治县）民政局或区县（自治县）残联或乡镇（街道）（盖章）

　 年　月　日

…………………………………………………………………………………………………………………………………

重庆市不予享受“两项补贴”

告知书回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | 送达人 | 送达时间 | 签收人 |
|  |  |  |  |

注：1.签收人拒绝签收的，需2人以上送达人签字证明。

2.此联需交回发出主体单位存档。

附件10

公 示（停发）

根据《国务院关于全面建立困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴制度的意见》，XX乡镇（街道）于X年X月X日对XX等进行了定期复核，经复核，XX等XX名同志（名单附后）已不符合享受贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）条件，拟确定XX等XX名同志不再纳入贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）享受范围，现予以公示，接受广大群众监督。公示时间为： 。在公示期间，广大群众如有异议，可向乡镇（街道）纪委或办公室反映，纪委联系电话： ，办公室电话： 。邮箱： ，联系地址： 。

XX乡镇（街道）

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **残疾证号** | **残疾等级** | **低保证号** | **享受**  **类别** | **停发**  **理由** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件11

重庆市“两项补贴”定期复核停发审定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | |  | | | 出生年月 | | | |  |
| 残疾类别 | |  | | | 残疾等级 | |  | | | 联系电话 | | | |  |
| 残疾人证号 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 低保证号 | | |  | | | | | 纳入低保日期 | | | | |  | |
| 户籍所在地 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 现居住地 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 委 托 代理人 | 姓名 | | |  | | 性别 | | |  | | 身份证号码 |  | | |
| 与申请人关系 | | |  | | | | | | | 联系电话 |  | | |
| 现居住地 | | |  | | | | | | | | | | |
| 公示 结果 | 村（居）民委员会或XX供养机构（盖章）  负责人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 调查复核情况 | 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 民政局主管科室意见 | 负责人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 联席会议情况及结论 | 参会人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 审定意见 | 经审查，同意取消该对象享受贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）资格，自 年 月起开始停发补贴。    区县（自治县）民政局（盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

注：本审定表一式叁份，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

附件12

重庆市“两项补贴”零星退出停发审定表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | | | 出生年月 | | |  |
| 残疾类别 | |  | | 残疾等级 |  | | | 联系电话 | | |  |
| 残疾人证号 | |  | | | | | | | | | |
| 户籍所在地 | |  | | | | | | | | | |
| 低保证号 | |  | | | | 纳入低保日期 | | | |  | |
| 现居住地 | |  | | | | | | | | | |
| 委托代理人 | 姓名 | |  | | 性别 | |  | | 身份证号码 | |  |
| 与申请人关系 | |  | | | | | | 联系电话 | |  |
| 现居住地 | |  | | | | | | | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 区县（自治县）残联（盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 经审定，同意取消该对象享受贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）资格，自 年 月起开始停发补贴。  区县（自治县）民政局（盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |

注：本审定表一式叁份，乡镇（街道）、区县（自治县）残联、区县（自治县）民政局各留存一份。

附件13

重庆市“两项补贴”停发通知书（存根联）

停发对象：　　　　乡镇（街道）　　村（社）　　　居民。

停发时间：从　　　年　　月起停发。

停发原因：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　经办人：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

…………………………………………………………………………………………………………………………………

重庆市“两项补贴”停发通知书

同志：

根据规定，你已不符合贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）条件，决定从　　　年　　月　　日起停止发放你贫困残疾人生活补贴（重度残疾人护理补贴）。理由是：

如对此决定不服，可在收到本通知书60日内向XX区（县）人民政府或重庆市民政局提出行政复议，也可以在收到本通知之日起6个月内向有管辖权的人民法院提起行政诉讼。

特此告知。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　区县（自治县）民政局（盖章）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

…………………………………………………………………………………………………………………………………

重庆市“两项补贴”停发通知书签收回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 停发对象 | 送达人 | 送达时间 | 签收人 |
|  |  |  |  |

注：1.签收人拒绝签收的，需2人以上送达人签字证明。

2.此联需交回区县(自治县)民政局存档。

附件14

重庆市贫困残疾人生活补贴发放花名册（ 年 月）

填报区县（自治县）民政局（盖章）： 区县（自治县）残联（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性  别 | 年龄 | 残疾  类别 | 残疾人证号 | 低保证号 | 开户行、社保卡号（银行卡号） | 发放金额（元） | 家庭住址 | 联系  电话 | 是否享受护理补贴 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

附件15

重庆市重度残疾人护理补贴发放花名册（ 年 月）

填报区县（自治县）民政局（盖章）： 区县（自治县）残联（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性  别 | 年龄 | 残疾  类别 | 残疾  等级 | 残疾人证号 | 开户行、社保卡号（银行卡号） | 发放金额（元） | 家庭  住址 | 联系  电话 | 是否享受生活补贴 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

附件16

重庆市贫困残疾人生活补贴发放情况汇总表（ 年 季度）

填报区县（自治县）民政局（盖章）： 区县（自治县）残联（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 发放人数（人） | | | | | 发放金额（万元） | | 同时享受护理补贴人数（人） | 提标扩面情况 |
| 第  一  个  月 | 第  二  个  月 | 第  三  个  月 | 本  季  度  新  增 | 本  季  度  减  少 | 本季度 | 本年累计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

注：1.同时享受护理补贴人数为既享受贫困残疾人生活补贴又享受重度残疾人护理补贴的人员（即重叠数）。

2.备注栏中注明本季度提标扩面人数和金额。

附件17

重庆市重度残疾人护理补贴发放情况汇总表（ 年 季度）

填报区县（自治县）民政局（盖章）： 区县（自治县）残联（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 发放人数（人） | | | | | | | | | | 发放金额（万元） | | | | | | 同时享受生活补贴人数（人） | 提标扩面情况 |
| 一级 | | | | | 二级 | | | | | 合计 | | 一级 | | 二级 | |
| 第一个月 | 第二个月 | 第三个月 | 本季度新增 | 本季度减少 | 第一个月 | 第二个月 | 第三个月 | 本季度新增 | 本季度减少 | 本季度 | 本年  累计 | 本季度 | 本年  累计 | 本季度 | 本年  累计 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人： 填表人： 联系电话：

注： 1.同时享受生活补贴人数为既享受重度残疾人护理补贴又享受贫困残疾人生活补贴的人员（即重叠数）。

2.备注栏中注明本季度提标扩面人数和金额。