附件1

**甘肃省社会散居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 □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 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 儿童其他主要社会关系 | 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 |  | 基本生活补贴金额 |  |
| 开户人 |   | 领取人 |  | 领取人与儿童关系 |  |
| 开户银行 |  | 银行账号 |   |
| **其他救助情况** |  |
| **诚信承诺情况** |  **我保证所提交资料和以上所有信息真实、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。**  **申请人签名并按指印**  |
| 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： 负责人: （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（街道办事处）、县级

 民政部门各存一份。

附件2

 **甘肃省集中供养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 □失学 □特教 □无就学能力 □待业 □就业 □其他： 。 |
| 儿童其他主要社会关系 | 姓名 | 性别 | 关系 | 身份证号码 | 工作单位或家庭住址 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 福利机构情况 | 机构名称 |  | 法人代表 |  |
| 统一社会 信用代码 |  | 联系电话 |  |
| 儿童入院时间 |  |
| 委托人情况 | 姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  | 户籍所在地 |  |
| 与儿童关系 |  |
| **诚信承诺****情况** |  **我保证所提交资料和以上所有信息真实、准确、有效，如有不实，自愿承担失信后果。**  **法定监护人或委托人签名并按指印**  |
| 福利机构意见 | 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： 主要负责人: （单位盖章） 查验日期: 年 月 日 |
| 福利机构上级主管民政部门确认意见 | 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： 负责人: （单位盖章）  确认日期: 年 月 日 |

备注：此表一式三份，分别由儿童监护人或委托人、福利机构、福利机构上级主管民政部门各存一份。