**附件1**

**因病致贫重病患者申请审核确认表**

**（样表）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人**  **姓名** |  | **身份证号码** | | |  | | | | | | | | | **提出申请日期** | | **年 月 日** |
| **性别** |  | **出生日期** | | |  | | | | **民族** | | |  | | **婚姻状况** | |  |
| **健康**  **状况** |  | **劳动能力** | | |  | | | | **就业状况** | | |  | | **工作单位** | |  |
| **学业**  **状况** |  | | | | **目前就读学校** | | | | | | |  | | | | |
| **□是□否在山东省内参加保险，**  **参加保险类别：□城乡居民基本医疗保险□城镇职工基本医疗保险**  **□商业健康保险 （需写明具体名称）□其他保险 （需写明具体名称）** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **联系**  **方式** |  | | | | **文化**  **程度** | | | |  | | | | | **家庭总**  **人口数** | | **人** |
| **户籍地** | **省 市 县（市、区） 乡镇（街道） 村（社区） 小区 号楼 单元 室** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **居住地** | **省（区/市） 市（州） 县（市、区） 乡镇（街道）**  **村（社区） 小区 号楼 单元 室** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **代理人**  **姓名** |  | | | | **与申请人关系** | | |  | | | | | **代理人**  **联系电话** | | |  |
| **共同生活家庭成员情况** | **姓名** | | **与申请人关系** | | **婚姻状况** | | | **健康**  **状况** | | **工作单位** | | | | **月收入（元）** | | **身份证号码** |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
| **非共同生活的法定赡**  **（抚、扶）**  **养人**  **情况** | **姓名** | | **与申请人关系** | | **婚姻状况** | | | **健康**  **状况** | | **工作单位** | | | | **月收入（元）** | | **身份证号码** |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
|  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | |  |
| **家庭**  **收入**  **支出**  **情况** | **家庭月收**  **入（元）** | | | **元** | | | | **大病病种** | | | | | |  | | |
| **近12个月医疗支出金额（元）** | | | **总花费 元。其中，经基本医疗保险报销 元、大病保险报销 元、其他补充医疗保险报销 元、商业健康保险赔付 元，剩余费用 元，其中政策范围内个人负担费用为 元。** | | | | | | | | | | | | |
| **家庭**  **财产**  **情况** | **1.银行存款： 元。**  **2.有价证券： 元。**  **3.债权： 元。**  **4.房产：房屋地址 ，建筑面积 ㎡， 房屋性质 ，房屋来源 ，购（建）房时间 年 月。**  **5.机动车：车主姓名 车型 车牌号 ，排气量 ，购买时间 年 月，购买金额 元。**  **6.机动船舶：船主姓名 船型 船牌号 ，排气量 ，购买时间 年 月，购买金额 元。**  **7.其他财产：**  **8.家庭主要支出情况：支出项目名称 ，支出金额 元。**  **备注：上述财产或支出有两种及以上情况的可根据实际自行增添。** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **我已确认上述内容无误并真实有效，如存在虚报、隐瞒、伪造等不如实提供信息资料的行为，本人及家庭愿意承担相应处罚和法律责任。**  **申请人签字确认：**  **（无民事行为能力或限制民事行为能力的申请人应当委托代理人签字确认）** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **济宁市社会救助家庭经济状况诚信承诺及核对授权书**  **本人姓名： ，身份证号 ，现申请因病致贫重病患者认定。**  **本人及家庭成员（含具有法定赡养、抚养、扶养义务关系的非共同生活的家庭成员，下同）郑重承诺，在申请因病致贫重病患者认定时所提供的申请材料及上述表格中所填报的内容真实、准确、完整，愿意接受社会救助管理部门的调查并承担相应的法律责任。**  **本人及家庭成员授权社会救助经办机构及各级社会救助家庭经济状况核对机构在本家庭申请及获得社会救助期间，通过但不限于教育、公安、民政、司法、财政、人力资源社会保障、自然资源、住房城乡建设、农业农村、卫生健康、退役军人、应急、市场监管、医保、税务、工会、共青团、残联、妇联等单位以及银行、证券、保险等金融机构，查询、核对本人及家庭成员的基本信息及其收入、财产、支出等家庭经济状况信息。本人及家庭成员亦同意所有涉及本人及家庭成员的基本信息及其收入、财产、支出等家庭经济状况信息的单位、机构将相关信息提供给社会救助经办机构和核对机构。**  **申请人或委托代理人签名（按捺指纹）：**  **年 月 日**  **备注：1.有民事行为能力的申请人应当由本人签字并按捺指纹，无民事行为能力或限制民事行为能力的申请人应当由委托代理人签字并按捺指纹，无书写能力的申请人应当由有书写能力的委托代理人代签并按捺申请人本人指纹。2.本诚信承诺及核对授权书一式一份，由乡镇（街道）保管，作为开展社会救助家庭经济状况核查比对的依据并存档。** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*\*\*以上部分由申请人填写，以下部分由工作人员填写\*\*\*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **核算**  **情况** | | **提出申请之月前12个月内（不包含申请当月），政策范围内申请人个人负担费用是** | | | | | | | | | | **元，**  **□超过本地上年度（□城镇□农村）居民人均可支配收入（为 元/年）**  **□不超过本地上年度居民人均可支配收入** | | | | |
| **扣除政策范围内个人负担费用之后，共同生活的家庭成员月人均收入是** | | | | | | | | | | **元，**  **□低于当地（□城市□农村）月低保标准的2倍，不高于本地月最低工资标准**  **□不符合收入认定条件** | | | | |
| **家庭经济状况信息核对情况（后附核对报告）** | | **经核对，申请人家庭财产□符合□不符合低保边缘家庭财产相关规定。** | | | | | | | | | | | | | | |
| **调查**  **核实**  **情况** | | **经调查核实，申请人□符合□不符合因病致贫重病患者条件。**  **调查核实人员（至少两人）签字：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | |
| **公示**  **情况** | | **有异议□**  **无异议□** | | | | **异议核实情况** | | | | |  | | | | | |
| **乡镇**  **（街道）**  **审核**  **意见** | | **经调查、审核、公示无异议，同意将 乡镇（街道） 村（社区） 认定为因病致贫重病患者。**  **乡镇人民政府（街道办事处）盖章**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | |
| **经办人** | | | |  | | | | | **负责人** | | | |  | |
| **开户人** | |  | | | | **开户银行** |  | | | | **银行卡账号** | | | |  | |

**填表说明：**

**1. 婚姻状况填写以下分类：（1）未婚；（2）已婚；（3）丧偶；（4）离婚。**

**2. 健康状况填写以下分类：（1）健康或良好；（2）一般或较弱；（3）重病。**

**3. 劳动能力填写以下分类：（1）有劳动能力；（2）部分丧失劳动能力；（3）完全丧失劳动能力；（4）无劳动能力。**

**4. 学业状况填写以下分类：（1）在读；（2）毕业；（3）肄业；（4）结业；（5）休学。**

**5. 目前就读学校：仅在读的需填写此项。**

**6. 就业状况填写以下分类：（1）在职人员；（2）登记失业人员；（3）无就业人员（原未登记失业人员）；（4）灵活就业人员；（5）离退休人员；（6）务农人员；（7）务工人员；（8）在读人员；（9）非法定年龄就业状况。**

**7. 工作单位：在职人员、离退休人员、务工人员需填写此项。**

**8. 文化程度填写以下分类：（1）文盲或半文盲；（2）博士研究生；（3）硕士研究生；（4）大学本科；（5）大学专科或专科学校；（6）中等专业学校或中等技术学校；（7）技工学校；（8）高中；（9）初中；（10）小学；（11）幼儿园；（12）学龄前；（13）特殊教育。**

**9. 病种填写以下分类：（1）血液类重病；（2）肿瘤类重病；（3）肝类重病；（4）免疫类重病；（5）传染类重病；（6）心脑血管类重病；（7）心脏类重病；（8）肾病类重病；（9）器官移植类重病；（10）内分泌类重病；（11）神经类重病；（12）其他重病。**

**10. 近亲属包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女。**

**11. 与申请人的关系：（1）配偶；（2）子/婿；（3）女/媳；（4）孙子女/外孙子女；（5）父母/岳父母/公婆；（6）祖父母/外祖父母；（7）兄弟姐妹；（8）其他。**

**12. 有价证券：包括股票、债券及基金证券、可转换证券等衍生品种。**

**13. 房屋性质填写以下分类：（1）自有私房；（2）租用公房；（3）租用私房；（4）临时搭建房；（5）借住房。**

**14. 房屋来源：（1）自购房；（2）自建房；（3）回迁房；（4）承租公房。**

**15.该表格样式供参考，各县（市、区）可结合当地实际情况调整完善。**

**附件2**

**因病致贫重病患者审核公示**

**（样表）**

**经申请、审核，拟认定 村（社区）下列人员为因病致贫重病患者，现予公示（公示期为7天），接受社会监督。如有异议，请提供事实依据，向乡镇（街道）反映。**

**公示时间： 年 月 日至 年 月 日**

**乡镇（街道）举报电话：**

**乡镇人民政府（街道办事处）盖章**

**年 月 日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **家庭所在村（社区）** | **拟认定人姓名** | **备注** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**附件3**

**因病致贫重病患者确认通知书**

**（样表）**

**（ 年第 号）**

**乡镇（街道） 村（社区） 先生/女士：**

**经您或您家庭成员 申请，根据《济宁市因病致贫重病患者认定办法（试行）》等规定，乡镇（街道）对您家庭的人口、收入、财产、实际生活等状况及资料进行了调查和审核。经审核、公示无异议，现正式告知您已被确认为我乡镇（街道）因病致贫重病患者。**

**特此通知。**

**乡镇（街道）联系电话：**

**乡镇人民政府（街道办事处）盖章**

**年 月 日**

**□申请人已签收本通知书。**

**送达人：**

**见证人：**

**日 期： 年 月 日**

**□申请人未当面签收本通知书，但送达人已口头告知。**

**送达人：**

**见证人：**

**无法签收事由：**

**日 期： 年 月 日**

**备注：**

**1.该表格由乡镇（街道）经办工作人员填写。**

**2.申请人无法接收本通知书的，送达人应当写明无法签收事由，送达人应不少于两人。**

**3.送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本通知书留在申请人的住所，采用拍照、录像等方式记录送达过程并存档影像资料，即视为送达。**

**4.本通知书一式两份，一份由申请人仅用于申请医疗救助、一份由乡镇（街道）存档。申请人申请办理医疗救助后，本通知书由县（市、区）医保部门收回存档。**

**附件4**

**因病致贫重病患者不予批准告知书**

**（样表）**

**（ 年第 号）**

**乡镇（街道） 村（社区） 先生/女士：**

**您于 年 月 日提交因病致贫重病患者认定申请，经调查审核，根据《济宁市因病致贫重病患者认定办法（试行）》等文件规定，您因**

**□提出申请之月前12个月内（不包含申请当月），政策范围内个人负担费用未超过我市上年度□城镇□农村居民人均可支配收入（□城镇□农村居民上年度人均可支配收入为 元/年）。**

**□家庭收入扣除政策范围内个人负担费用之后，共同生活的家庭成员月人均收入为 元/月，超过本县（市、区）低保月标准的2倍（□城市□农村低保标准为 元/月），或虽然低于本县（市、区）低保标准的2倍但超过当地月最低工资标准（标准为 元/月）。**

**□家庭财产状况或实际生活状况不符合因病致贫重病患者认定有关规定，具体表现为： 。**

**不予批准，特此告知。**

**若不服本告知书，可自收到本告知书之日起15日内向本单位提出复查申请。**

**乡镇（街道）联系电话：**

**乡镇人民政府（街道办事处）盖章**

**年 月 日**

**□申请人已签收本告知书。**

**送达人：**

**见证人：**

**日 期： 年 月 日**

**□申请人拒绝或未当面签收本告知书，但送达人已口头告知。**

**送达人：**

**见证人：**

**无法签收或拒收事由：**

**日 期： 年 月 日**

**备注：**

**1.该表格由乡镇（街道）经办工作人员填写。**

**2.申请人无法接收或拒绝签收告知书的，送达人应当写明具体事由，送达人应不少于两人。**

**3.送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本告知书留在申请人的住所，采用拍照、录像等方式记录送达过程并存档影像资料，即视为送达。**

**4.本告知书一式两份，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档。**