通惠街道经济困难的高龄失能老年人养老服务补贴政策解答

一、申请条件

1.具有綦江区户籍的城乡低保对象、特困人员中年满60周岁且生活不能自理的老年人，具体包括：肢体、智力、精神、视力四类一、二级重度残疾失能老年人和因病瘫痪卧床不起6个月以上的重病失能老年人；2.具有綦江区户籍的城乡低保对象、特困人员中年满80周岁的高龄老年人。

二、补贴标准

为每人每月200元。

三、申请流程

由本人或委托代理人向户籍所在地的乡镇人民政府（街道办事处）提出申请，乡镇人民政府（街道办事处）收到申请材料后，采取入户调查、民主评议，张榜公示等程序进行审核后，报区县民政局审批。

四、申请材料

1.**重残失能老年人申请须提交以下材料：**

居民户口簿、身份证、低保证（城市“三无”人员证、农村五保证）、第二代残疾人证（残疾类别：肢体、智力、精神、视力四类，残疾等级：一、二级）、享受低保或特困的银行卡等相关材料的原件和复印件，同时填写《重庆市经济困难的失能老年人养老服务补贴申请审批表》。

2.**重病失能老年人申请须提交以下材料：**

居民户口簿、身份证、低保证（城市“三无”人员证、农村五保证）、区县级（含区县级）以上医院出具的因病瘫痪诊断证明、享受低保或特困的银行卡等相关材料的原件和复印件，同时填写《重庆市经济困难的失能老年人养老服务补贴申请审批表》。

3. **高龄老年人申请须提交以下材料：**

居民户口簿、身份证、低保证（城市“三无”人员证、农村五保证）、享受低保或特困的银行卡等相关材料的原件和复印件，同时填写《重庆市经济困难的高龄老年人养老服务补贴申请审批表》。委托代理人代为申请的，还需提供委托书、代理人的居民户口簿和身份证的原件及复印件。

五、办理部门

通惠街道民生服务板块

六、办理时限

自收到申请资料之日起，资料齐全，15个工作日内办理。当月办理，次月发放。

七、办理时间

国家法定工作日：星期一至星期五（9:00-12:00，14:00-17:00）

八、办理地点及地址

綦江区登瀛大道通惠街道办事处一楼政务服务中心大厅：023-48882755。

附件**：**1.《重庆市经济困难的失能老年人养老服务补贴申请审批表》

2.《重庆市经济困难的高龄老年人养老服务补贴申请审批表》

3.××××年×月綦江区××街道/镇（请填写街镇名称）经济困难的高龄失能老人养老服务补贴发放名单

附件1

重庆市经济困难的失能老年人养老服务补贴申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **老年人**  **基本**  **情况** | 姓名 | |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 年龄 | |  | 出生日期 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地 | |  | | | | |
| 现居住地 | |  | | | | |
| 身份类别 | | □ 城市低保对象 □ 农村低保对象 □ 城市“三无”人员 □ 农村五保对象 | | | | |
| 重残失能老年人 | | 残疾类别 | | |  | |
| 残疾等级 | | |  | |
| 残疾人证号码 | | |  | |
| 重病失能老年人 | | 瘫痪卧床原因 | | |  | |
| 瘫痪卧床时间 | | |  | |
| **委托**  **代理人**  **基本**  **情况** | 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 | | | | | | | |
| **入户调查**  **基本情况** | | 调查人： 年 月 日 | | | | | |
| **公示情况** | | 已于 年 月 日至 年 月 日在我村（社区）或供养机构公示，未提出异议。    村（居）民委员会或供养机构  （盖章）  负责人： 年 月 日 | | | | | |
| **乡镇人民政府（街道办事处）审核意见** | | 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）民政局审批意见** | | 区县（自治县）民政局  （盖章）  负责人： 经办人： 年 月 日 | | | | | |

注：1. 残疾类别：肢体、智力、精神、视力；残疾等级：一、二级。

2. 本申请审批表一式两份报区县（自治县）民政局审批。待审批后，乡镇（街道）、区县（自治县）民政局各留存一份。为方便存档，此申请审批表需双面打印。

附件2

重庆市经济困难的高龄老年人养老服务补贴申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **老年人**  **基本**  **情况** | 姓名 |  | | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 年龄 |  | | 出生  日期 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地 |  | | | | | |
| 现居住地 |  | | | | | |
| 身份类别 | □ 城市低保对象 □ 农村低保对象 □ 城市“三无”人员 □ 农村五保对象 | | | | | |
| **委托**  **代理人**  **基本**  **情况** | 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 | | | | | | | |
| **入户调查**  **基本情况** | | | 调查人： 年 月 日 | | | | |
| **公示情况** | | | 已于 年 月 日至 年 月 日在我村（社区）或供养机构公示，未提出异议。  村（居）民委员会或供养机构  （盖章）  负责人： 年 月 日 | | | | |
| **乡镇人民政府（街道办事处）审核意见** | | | 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）民政局审批意见** | | | 区县（自治县）民政局  （盖章）  负责人： 经办人：  年 月 日 | | | | |

注：本申请审批表一式两份报区县（自治县）民政局审批。待审批后，乡镇（街道）、区县（自治县）民政局各留存一份。为方便存档，此申请审批表需双面打印。

附件3

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ××××年×月綦江区经济困难的高龄失能老人养老服务补贴发放名单 | | | |
| 序号 | 街镇 | 姓名 | 发放金额（元） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |