附件1

浙江省残疾人两项补贴申请表

 市 县（市、区） 乡镇（街道） 村（社区）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 残疾人证号 |  |
| 身份证号 |  | 残疾类别 |  | 残疾等级 |  |
| 联系方式 |  | 多重残疾类别等级 |  |
| 户籍地址 |  |
| 居住地址 |  |
| 开户银行 |  | 银行账号 |  |
| □ **困难残疾人生活补贴申请** |
| 经济状况 | □低保家庭 □家庭人均收入在低保标准100%—150%之间□本人收入在低保标准150%以下的劳动年龄段残疾人 |
| □ **重度残疾人护理补贴申请** |
| 生活自理状况 | □完全不能自理 □基本不能自理 □部分不能自理 □其他重度 |
| 是否集中托养 | □是 □否 | 是否同意补贴打入机构账户 | □是 □否 |
| 托养机构名称 |  | 机构开户名 |  |
| 机构开户银行 |  | 机构银行账号 |  |
| 申请人承诺本人已知晓残疾人两项补贴政策，现郑重承诺：表格所填内容及所提供的材料均真实、有效，无虚假、欺骗和隐瞒，如在享受补贴期间发生停发情形，主动申请停发补贴；如有不实，同意审批机构追缴已发补贴，并承担相应法律责任。申请人（监护人、受托人）签字： 年 月 日 |
| 家庭经济状况核查授权承诺书本人及家庭成员现就有关事项作出如下授权、承诺：一、本人具有完全民事行为能力，是本人家庭共同推荐的申请人和家庭状况核对具体申报经办人，本人的申请和经办行为代表家庭全体成员的意愿。二、本人及家庭成员已了解并愿意遵守浙江省残疾人两项补贴和家庭经济状况核对等有关政策规定，承诺所提供的材料全部真实有效，如有虚报、瞒报和伪造材料的，自愿接受纳入信用信息共享平台接受联合惩戒，自愿承担相应法律责任接受处罚。三、本人及家庭成员同意授权县级以上人民政府民政部门及其指定的家庭经济状况核对机构对本人家庭经济状况进行查询核对，并自愿接受配合相关工作人员进行入户调查等工作。四、本承诺授权自签署之日起生效，无民事行为能力或限制民事行为能力的家庭成员由其法定监护人代为签署并摁指模印。五、如经核对认定不符合申请条件和要求的，则授权终止；如经核对认定符合申请条件和要求的，则授权在享受残疾人两项补贴期间内有效。若享受情况发生变化再次申请的，需要重新签署授权书。本人及家庭成员已认真阅读并知晓以上内容，现将同意查询本人家庭经济状况的授权承诺签署意见如下。 |
| 共同生活家庭成员签署同意意见 |
| 姓 名 | 与申请人关系 | 身份证号码 | 指模印 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 非共同生活赡（抚、扶）养家庭成员签署同意意见 |
| 家庭关系 | 姓 名 | 与申请人关系 | 身份证号码 | 指模印 |
| 家庭一 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭二 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

填表说明：申请人及其家庭成员务必认真仔细阅读家庭经济状况授权承诺书，在签署同意意见时，除无民事行为能力或限制民事行为能力的家庭成员由其法定监护人代签外，其他一律不得代签和摁指模，确因外出无法签署的，可通过委托的方式委托相关人员代为签署。