

达州市通川区莲花湖旅游风景区管理委员会 社会救助审核确认工作方案

为进一步深化社会救助领域“放管服”改革，提高为民服务效率效能，根据《通川区人民政府办公室关于印发<达州市通川区社会救助审核确认权限下放乡镇（街道）工作实施方案>的通知》（通区府办发〔2023〕10号）要求，现结合莲湖景区实际，制定以下工作方案。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大精神，落实党中央、国务院和省委、省政府关于改革完善社会救助制度和加强街道为民服务能力建设的决策部署，推进社会救助审核确认权限下放，扩大莲湖景区服务管理权限，增加社会救助服务供给，提升基层社会救助服务水平。

二、下放权限内容

经区人民政府授权，现城乡居民最低生活保障、特困人员救助供养和临时救助（一次性救助1000元及以下）的审核确认权限由莲湖景区实施。

三、工作流程

缩短办理时限，城乡低保、特困人员救助供养、非急难型临时救助自受理之日起，应当在15个工作日内完成审核确认。遇有重大异议等特殊情况的，审核确认时间可适当延长，但最长不得

超过 25 个工作日。

（一）申请。户籍所在地为莲湖景区的居民，申请人（代理人）可直接向莲湖景区提出救助申请，由莲湖景区党群服务中心社会救助“一门受理、协同办理”窗口统一受理，并录入社会救助综合服务平台。急难型临时救助可向急难发生地乡镇（街道）提出救助申请。持有居住证的可在居住地乡镇（街道）申办社会救助。低保申请人与莲湖景区社会救助经办人员和社区“两委”成员有近亲属关系的，应当如实申明，填写低保备案表由莲湖景区备案，建立社会救助备案人员管理台账。推广使用社会救助综合服务平台移动终端，莲湖景区应当及时受理群众通过移动终端提交的救助申请。

（二）调查。莲湖景区受理群众救助申请后，应当在 10 个工作日内通过信息核对、入户调查、邻里访问、信函索证等方式对申请人家庭收入财产状况及吃穿住用等实际生活情况进行综合调查研判。必须坚持“先核对、后确认，无核对、不确认”，莲湖景区受理群众救助申请后，应当同步委托发起信息核对，依托各级核对机构和莲湖景区现有信息资源，对申请对象家庭及其法定义务人的住房、车辆等收入财产信息进行核对。区民政局及核对机构应在 5 个工作日内完成核对并将核对结果反馈莲湖景区。入户调查和邻里访问由莲湖景区组织、社区协助开展，每组不少于 2 人，其中莲湖景区至少有 1 人参加。调查组组长由驻社区干部担任，会同社区干部、社会救助协理员、社会工作专业人

才等开展入户调查和邻里访问。调查工作除对申请人家庭收入财产及实际生活状况等情况进行现场核查外，还应对申请人是否属于备案管理对象进行核实查验。入户调查结束后，调查人员应当填写入户调查表，由调查人员和申请人（被调查人）或其代理人分别签字。莲湖景区社会救助经办人员负责信息核对政策把关资料审核工作。

（三）**审核公示**。调查结束后，莲湖景区应结合信息核对、入户调查等情况对救助申请进行审核，由社会救助经办人员、部门负责人、分管负责同志签署审核意见。审核后，莲湖景区应在申请人所在社区对拟纳入救助范围的人员在居务公开栏进行公示，公示期不少于3个工作日。对公示中出现投诉、举报等较大争议的，莲湖景区应当在公示结束后5个工作日内按照有关规定组织开展民主评议。对临时救助在公示中出现投诉举报等较大争议的莲湖景区应当再次核查。

（四）**确认**。公示无异议的，莲湖景区应当在2个工作日内召开党政联席会议进行集体研究，对救助申请进行确认。会议由莲湖景区党政主要负责同志主持召开，主要负责同志因故不能参会的应当委托有关负责同志主持召开，莲湖景区分管领导、纪检监察人员、驻社区干部、公共服务办负责人、社会救助经办人员、调查人员等有关人员应当参加会议。会议应当听取经办人员、调查人员对申请人家庭生活状况、信息核对、调查核实、备案查核等情况进行介绍，提出是否给予救助及救助种类和救助金额的建议。

议，建议不予救助的应当说明理由，经参会人员集体研究，作出确认决定。确认同意给予救助的，应当同时确定救助档次及金额，城乡低保、特困人员救助供养从确认之日下月起发放救助金或给予救助供养待遇。确认同意的城乡低保、特困人员救助供养，应在莲湖景区、社区和社会救助综合服务平台进行线上线下长期公示。公示中应当注意保护公示对象个人隐私，主要公示申请人姓名、家庭保障人员、保障金额等。对确认不同意给予救助的，应当在作出决定3个工作日内书面告知申请人或其代理人并说明理由。

（五）备案。每月底前，莲湖景区通过社会救助综合服务平台将当月社会救助全量数据报送区民政局，同时报送城乡低保、特困人员救助供养、临时救助对象新增、停发、减发、增发等情况，接受区民政局的备案审查。同时，将莲湖景区社会救助经办人员和社区“两委”成员近亲属纳入救助范围的备案管理情况形成台账并报区民政局。

（六）资金发放。莲湖景区每月底前通过社会救助综合服务平台生成救助资金发放花名册，并向区民政局推送，由区民政局汇总审核后按程序报送至财政“一卡通”管理系统，由财政部门核拨资金，由金融机构代理发放。

（七）开通绿色救助渠道。对情况紧急的急难型临时救助，莲湖景区可以适用简易程序，莲湖景区社会救助“一门受理、协同办理”窗口受理后，报主要领导、分管领导审核确认，从莲湖

景区临时救助备用金中进行“小金额先行救助”。适用简易程序的急难型临时救助，必须在1个工作日内办结。紧急情况解除后，应当完善基础资料、履行审核确认程序。

四、职责任务

(一) 莲湖景区。社会救助事项审核确认的实施责任主体，负责城乡低保、特困人员救助供养、临时救助（一次性救助1000元及以下）等社会救助事项的申请受理、调查评议、审核确认、公示公开、动态管理、统计分析等工作。

1. 负责加强莲湖景区社会救助经办服务机构建设，在党群服务中心统一设置社会救助“一门受理、协同办理”窗口，统一受理群众求助申请。

2. 负责组织开展入户调查，负责发起委托开展居民家庭经济状况信息核对，负责对有争议的救助申请开展民主评议。

3. 负责运用社会救助综合服务平台抓好受理登记、审核确认、动态管理、定期核查、档案管理、公示公开等日常管理工作。负责莲湖景区临时救助备用金使用管理，定期向区民政局报送临时救助备用金管理使用情况。

4. 负责受理、初审需由区民政局审核确认的临时救助（1000元以上）。

5. 负责社会救助统计上报工作，依托社会救助综合服务平台定期上报社会救助对象名单和发放资金清单。

6. 负责建立社会救助对象分类管理台账，通过自主申报、

定期复核、走访调查等形式及时了解低保对象、特困人员家庭人口、收入和财产状况变化情况。对短期内经济状况变化不大的，每年复核一次。对收入来源不固定、家庭成员有劳动能力的，每半年复核一次。

7. 负责抓好社会救助政策宣传，接受群众咨询。负责承办社会救助投诉举报核查处理。

8. 负责抓好莲湖景区社会救助经办人员和社区“两委”成员近亲属申请社会救助的单独登记备案管理。负责指导社区强化主动发现，协助做好申请受理、入户调查、民主评议、公示公开等工作。

9. 完成上级交办的其他工作。

(二) 社区。社会救助工作的协助主体，负责协助莲湖景区抓好社会救助工作。

1. 履行困难群众主动发现和报告职责，负责走访、发现困难群众，积极协助申请有困难的申请对象向莲湖景区提出救助申请。

2. 负责协助莲湖景区开展入户调查、民主评议、动态管理等工作，负责定期入户了解核查低保对象、特困人员家庭人口、收入和财产状况变化情况，发现不再符合救助条件的救助对象应当及时向莲湖景区报告。负责协助做好救助对象公示公开工作。

3. 负责及时上报低保对象、特困人员死亡和户籍迁出本辖区的人员情况。

4. 负责协助莲湖景区做好社会救助政策宣传解释，协助核查处理群众举报投诉。

5. 完成上级交办的其他工作。

五、工作要求

(一) 提高思想认识。社会救助审核确认权限下放莲湖景区是贯彻落实中共中央、国务院和省委、省政府关于改革完善社会救助制度重大决策部署的重要方面，是全面贯彻以人民为中心的发展思想的具体体现，是深化社会救助领域“放管服”改革、提高社会救助效率的现实路径。要充分认识社会救助审核确认权限下放的重大意义，从保障困难群众基本生活的政治高度，积极、务实、稳妥抓好审核确认权限下放工作，确保接得住、管得好，坚定兜住兜牢困难群众民生之底。

(二) 加强组织领导。成立由党政主要负责同志任组长的社会救助工作领导小组，强化对社会救助工作的组织领导。建立分级负责、协同高效的社会救助审核确认联审制度和议事规则，压紧压实有关岗位职责任务，形成工作合力。审核确认由党政联席会议集体研究确定；入户调查由驻村干部及、社区干部等协同负责；信息核对、政策把关由社会救助经办机构民政干部负责。

(三) 强化宣传教育。建立完善社会救助审核确认工作制度，规范工作流程，提高管理服务水平。莲湖景区干部、社会救助工作人员、驻社区干部、社区干部、社会救助协理员等认真学习社会救助政策法规，熟练掌握救助条件和标准，熟悉业务办理程序，

增强服务意识和规矩意识，促进精准救助、高效救助、温暖救助、阳光救助。要强化政策宣传，采取群众喜闻乐见、通俗易懂的方式，广泛宣传社会救助政策和申办流程，真正让群众知晓政策条件、明白办理流程、懂得自强感恩。

（四）加强监督问效。要强化绩效管理，将社会救助政策落实情况纳入莲湖景区工作绩效评价体系，确保各项社会救助政策落地落实。要完善社会救助领域投诉、举报受理和责任追究制度，畅通投诉举报渠道，从快从严从实进行调查核实，接受社会监督。要落实失信惩戒制度，对申请人拒绝授权调查核对，拒不配合审核确认工作的，应当终止审核确认程序。对申请人提供虚假资料、伪造证明材料等失信行为的，应当记入信用记录，纳入社会信用信息平台，实施失信惩戒，杜绝恶意申请和骗保行为。要充分发挥纪委部门专门监督作用，发现滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、失职渎职、弄虚作假、优亲厚友、违规办理等行为的，应当依纪依法追责问效，防止在社会救助审核确认工作中不作为、乱作为、慢作为，坚决杜绝“关系保”“人情保”。

- 附件：1.通川区莲湖景区社会救助审核确认工作领导小组
2.莲湖景区社会救助工作党政联席会议制度
3.社区联系领导及驻社区干部安排表
4.社会救助审核确认工作流程
5.社会救助审核确认表（模板）

附件 1

莲湖景区社会救助审核确认工作领导小组

组 长：蒲志发 党委副书记、主任

副组长：冉 鹏 党委委员、组织委员、宣传委员

李佳佳 党委委员、纪委书记

成 员：杨开洲 办公室主任

余 艳 财政所所长

余东风 纪委副书记

张登梅 公共服务办主任

各社区居委会主任

领导小组下设办公室在公共服务办，承担领导小组日常事务，由冉鹏同志兼任办公室主任，张登梅、丁旭同志为工作人员，负责日常工作。

附件 2

莲湖景区社会救助工作党政联席会议制度

为加强我委社会救助工作的组织协调，强化部门协作配合，及时研究解决工作中存在的问题，确保社会救助工作决策科学化、民主化。根据《通川区人民政府办公室关于印发〈达州市通川区社会救助审核确认权限下放乡镇（街道）工作实施方案〉的通知》（通区府办发〔2023〕10号）文件精神，结合我委实际，建立莲湖景区社会救助党政联席会议制度。

一、主要职责

贯彻党的基本路线，保证党和国家各项方针政策的贯彻执行；统筹推进社会救助服务供给，研究议定社会救助对象是否给予救助及救助种类和救助金额等；完成党委、管委会交办的其他事项。

二、工作规则

（一）党政联席会议实行例会制度，根据工作实际召开，原则上在社区公示无异议后 2 个工作日内召开。

（二）参加党政联席会议人员为党政领导班子成员、纪检监察人员、驻村干部、公共服务办负责人、社会救助经办人员、调查人员等有关人员。

(三)党政联席会议应由莲湖景区党政主要负责同志主持召开，主要负责同志因故不能参会的应当委托有关负责同志主持召开。

三、工作要求

(一)会议必须有半数以上社会救助领导小组成员到会，分管负责同志、纪检监察人员、驻村干部、公共服务办负责人、社会救助经办人员、调查人员不得缺席。

(二)会议决定事项，赞成票超过应到会成员半数以上为通过。

(三)讨论决定问题，必须按照少数服从多数的原则进行。讨论重大问题时，如意见发生分歧，双方人数接近，除在紧急情况下必须服从多数人意见外，应当暂缓作出决定，进一步调查研究，交换意见，再进行表决。

(四)应该保密的内容和讨论的情况，必须严守秘密。

(五)联席会议经讨论形成一致意见后，以会议纪要形成明确会议议定事项。

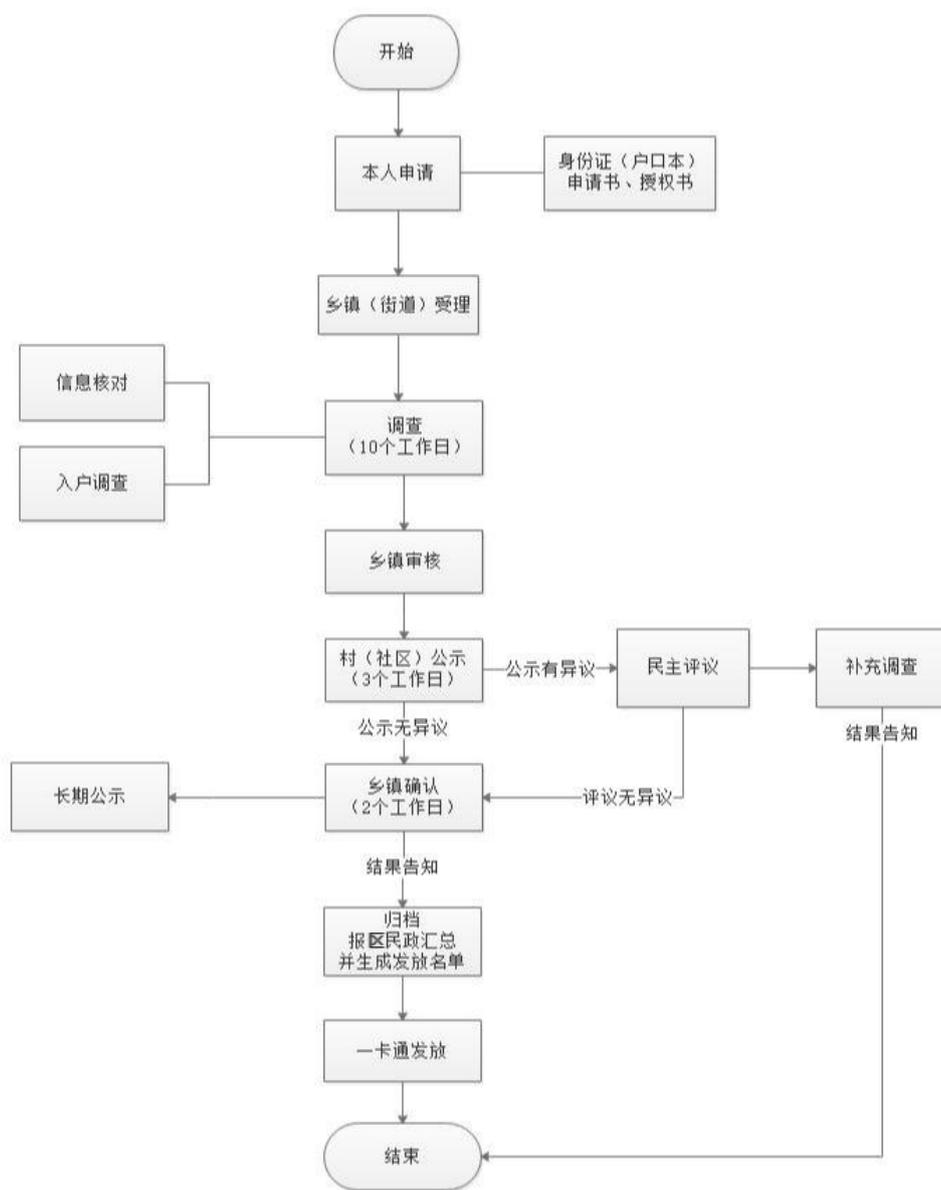
附件 3

社区联系领导及驻社区干部安排表

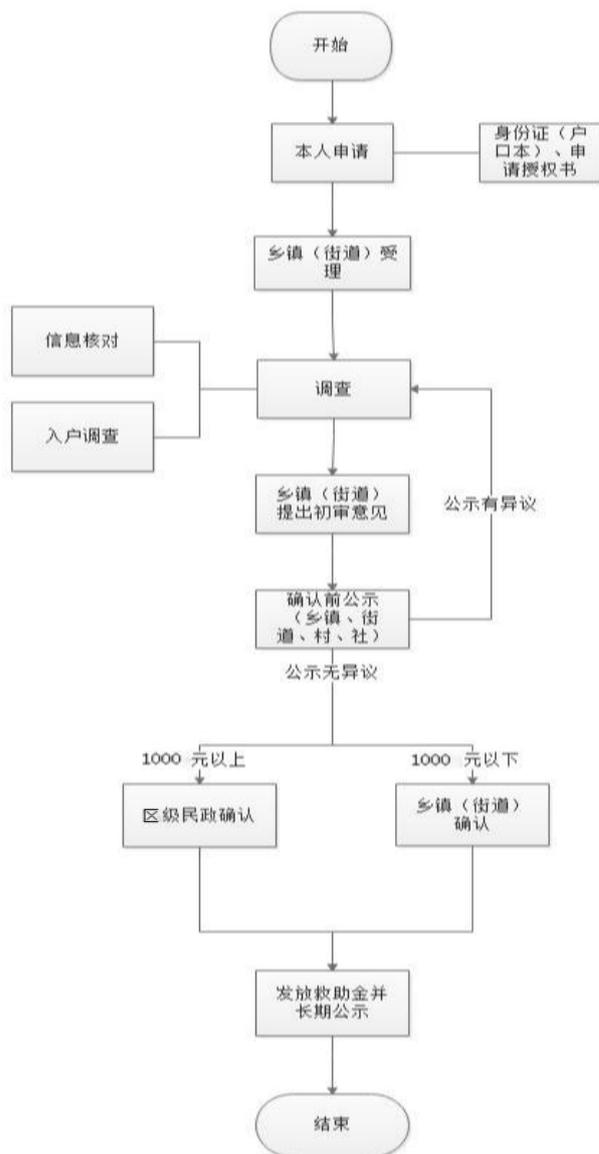
联系领导	联系社区	驻村干部
冉 鹏	邱家店社区	杨文睿、张登梅
王泽兵	石莲花社区	杨开洲、李 华
杜世浩	长岭社区	王海东、兰东成

附件 4

社会救助审核确认工作流程 (城乡低



社会救助审核确认工作流程 (临时救助)



通川区社会救助审核确认表

救助类别：城市低保 农村低保
城市特困人员供养 农村特困人员供养
急难型临时救助 支出型临时救助
其他

申请人姓名：_____（户主）

家庭住址：_____乡镇（街道）_____村（居）委会_____组

通川区民政局监制

社会救助审核确认表（低保和特困）

申请家庭 (户主/本人) 姓名		性 别		民 族		共 同 生 活 人 口 数		救 助 人 口 数		头像
户籍地					居住地					
身份证号码										救助类别
乡镇（街道） 审核意见	<p>经调查、审核、公示无异议：_____村（居）_____家庭，核定家庭人均月收入_____元（人均月可支配收入_____元，人均月刚性支出_____元），拟同意给予_____救助，建议救助人口_____人（救助对象姓名：_____、_____、_____、_____、_____、_____），人均保障金额_____元/月。</p> <p style="text-align: right;">盖 章 年 月 日</p>									
	经办人员签名					审核人员签名				
乡镇（街道） 确认意见	<p>经_____年_____月_____日_____会议研究决定，确认同意上述审核意见，从_____年_____月起执行。</p> <p style="text-align: right;">盖 章 年 月 日</p>									
	领导签名									

注：“救助类别”指城市低保、农村低保、城市特困、农村特困。“经办人员”指民政工作人员。“审核人员”指乡镇（街道）分管领导。“领导签名”一般由党政主要负责同志签名。

社会救助审核确认表（1000元及以下临时救助）

申请家庭 (户主/本人)姓名		性别		民族		救助 人口数		头像
户籍地				居住地				
身份证号码								
乡镇 (街道) 审核意见	经调查、审核、公示无异议：_____村（居）_____家庭（个人）， 因遭遇_____基本生活暂时出现严重困难，拟同意给予临时生活救助，建议救助金额_____元。							
	盖 章 年 月 日							
经办人员签名					审核人员签名			
乡镇 (街道) 确认意见	经_____年_____月_____日_____会议研究 决定，确认同意上述审核意见，给予临时救助金_____元。							
	盖 章 年 月 日							
领导签名								

注：“救助类别”指急难型临时救助、支出型临时救助。“经办人员”指民政工作人员。“审核人员”指乡镇（街道）分管领导。“领导签名”一般由党政主要负责同志签名。

社会救助审核确认表（1000元以上临时救助）

申请家庭 (户主/本人)姓名		性别		民族		救助 人口数		头像	
户籍地				居住地					
身份证号码									救助类别
乡镇 (街道) 审核意见	经调查、审核、公示无异议，集体研究：_____村（居）_____家庭 （个人），因遭遇_____基本生活暂时出现严重困难，拟同意给予临时生 活救助，建议救助金额_____元。								
	盖 章 年 月 日								
经办人员签 名				审核人员签名					
县 (市、区) 民政局 确认意见	经_____年_____月_____日_____会议研究 决定，确认同意上述审核意见，给予临时救助金_____元。								
	盖 章 年 月 日								
经办人签名				领导签名					

注：“救助类别”指急难型临时救助、支出型临时救助。“经办人员”指民政工作人员。“审核人员”指乡镇（街道）或区民政局分管领导。“领导签名”一般由党政主要负责同志签名。

通川区社会救助申请及授权书

申请家庭（户主/本人）姓名____，身份证号码：____，
联系电话：____，户籍所在地：____，
现常住____，共同生活家庭
成员共____人。现因_____

申请（城市低保；农村低保；城市特困人员供养；农村特困人员供
养；临时救助），并慎重授权并承诺如下：

本人及相关家庭成员声明，本人及其他共同生活的家庭成员人均月
收入：____，主要家庭财产情
况：_____。

本人及相关家庭成员声明，本人及共同生活的家庭成员与乡镇（街
道）社会救助经办人员或村（居）两委会成员无近亲属关系；有近亲
属关系，关系人姓名：____，职务：____，
所属关系：_____。

本人及相关家庭成员已阅读并完全了解本次所申请的社会救助以
及居民家庭经济状况核对等相关法律、法规、规章、规范性文件的规定，
自愿接受并积极协助有关机构或委托机构人员调查本人及其他共同生
活家庭成员家庭经济状况和实际生活情况，决不虚报、隐瞒、伪造其家
庭情况。

本人及相关家庭成员保证，所提供的全部信息（包括：所表述的内
容和所提供的材料）真实、完整，愿意接受有关部门调查。如虚报、隐
瞒、伪造申请材料，骗取社会救助资金、物资或者服务的，或在家庭人
口、收入和财产发生变化，已明显不符合社会救助相应条件时，30天内
未向乡镇政府（街道办事处）主动报告，本人及其他共同生活家庭成员
愿意依法接受罚款，并自愿接受纳入信用信息共享平台实施联合惩戒等
措施，自愿承担相应法律责任。本人及相关家庭成员同意在申请或享受
社会救助期间，授权社会救助管理部门及其居民家庭经济状况核对机构

对本人及相关家庭成员（含法定赡、抚、扶养义务人）的经济状况（含可支配收入、家庭财产、家庭成员身份和家庭支出等信息）进行核对，包括但不限于入户调查和到公安、人社、住建、交通、市场监管、税务、自然资源、公积金中心、银行、保险、证券等部门、机构进行核查和信息比对。

上述承诺授权是本人及相关家庭成员真实意愿表达，并愿意承担相应法律责任。申请人及相关家庭成员签字（按捺指纹）：

共同生活家庭成员				
家庭关系	姓名（指模）	身份证号码	联系方式	授权情况
申请人（户主）				
非共同生活家庭成员				
家庭关系	姓名（指模）	身份证号码	联系方式	授权情况
				年 月 日

注：有民事行为能力的家庭成员应当由本人签字或者按捺指纹，无民事行为能力的家庭成员应当由监护人签字或者按捺指纹，无书写能力的家庭成员应当采取按捺指纹的方式。特殊情况下家庭相关成员无法提供签字或按捺指纹的，申请人应当采取合法有效方式获得其同意授权的真实意思表示，并在“授权情况”栏注明。表中成员姓名签字及指模真实性及法律后果由申请人负责。

入户调查纪实表

申请人姓名		共同生活家庭成员	人	非共同生活的法定义务人	人	救助类别	
身份证号码				联系电话			
户籍地	居住地			致贫原因			
家庭年总收入 _____元	<input type="checkbox"/> 工资收入_____元； <input type="checkbox"/> 经营收入_____元； <input type="checkbox"/> 财产收入_____元； <input checked="" type="checkbox"/> 转移收入_____元； <input type="checkbox"/> 其他收入_____元。						
家庭年总支出 _____元	<input checked="" type="checkbox"/> 教育支出_____元； <input type="checkbox"/> 医疗支出_____元； <input type="checkbox"/> 就业支出_____元； <input checked="" type="checkbox"/> 残疾人康复支出_____元； <input type="checkbox"/> 其他支出_____元。						
家庭财产状况	现金存款：_____元		有价证券：_____元		债权：_____元		
	住房 房产 情况	建筑面积 (m ²)	房屋性 质	价值(年租 金)(元)	房屋地址	购(租、建) 房时间	
	机动 车 (船)	车(船)型	车(船)牌 号	用途	购买时间	购买金额	
	家用 电器	<input type="checkbox"/> 空调__台； <input type="checkbox"/> 电冰箱__台； <input type="checkbox"/> 电视机__台； <input type="checkbox"/> 洗衣机__台； <input type="checkbox"/> 手机__部； <input type="checkbox"/> 其他财产_____。					
其他 财产	<input type="checkbox"/> 承包地_____亩； <input type="checkbox"/> 林权_____亩； <input type="checkbox"/> 大型农机具_____台； <input type="checkbox"/> 其他_____。						
邻里走访情况	邻居 1： 邻居 2：						
其他情况说明							
综合评估	<input type="checkbox"/> 基本符合救助条件； <input type="checkbox"/> 不符合救助条件（ <input type="checkbox"/> 收入超标； <input type="checkbox"/> 财产超标； <input type="checkbox"/> 其他原因）；						
入户调查人员签字（两人以上）：							
是否认同上述调查情况： <input checked="" type="checkbox"/> 是； <input type="checkbox"/> 否 <div style="text-align: right;">被调查家庭成员代表签字（指模）：</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">年 月 日</div>							

入户调查图片（水印标注日期）

<p>调查人员与 被调查人员 合影</p>	
<p>房屋外貌</p>	
<p>生活场景 （内饰）</p>	
<p>相关佐证 资料</p>	

入户调查表 2(共同生活家庭成员基本信息)

序号	姓名	性别	年龄	婚姻状态	民族	与户主关系	身份证号码	残疾情况 (类别等级)	健康状况 (患病情况)	就业状况 (就学情况)	劳动能力	生活自理能力	月收入 (元)	联系电话

居民家庭经济状况核对(复核)报告(样式)

编号: 34080300120180000018



我机构核对部门于 2018 年 12 月 12 日接受贵单位委托, 根据《社会救助暂行办法》和《达州市居民家庭经济状况核对实施办法》等有关规定以及申请家庭的授权, 依法对林东东(身份证号 340822*****4310)的家庭经济状况进行了核对。现出具核对报告信息如下:

一、核对材料受理基础信息

委托单位			
所属地区	四川省达州市通川区朝阳办事处		
申请日期	2018—12—12	申请救助类型	最低生活保障
主申请人姓名	林东东	身份证号码	340822*****4310
家庭成员			

二、核对结果信息

1. 户籍信息

编号	姓名	身份证	地址

2. 车辆信息

编号	姓名	机动车类型	车辆品牌	车牌号	使用性质	初次登记时间

3. 殡葬信息

编号	姓名	身份证号码	死亡日期	常住住址	死亡原因

4. 低保信息

编号	姓名	户主姓名	家庭类别	保障成员	开始享受时间	月保障金(元)

5. 婚姻登记信息

编号	姓名	配偶姓名	配偶身份证	登记类型	登记时间

6. 离婚登记信息

编号	姓名	证件号码	离婚登记日期	离婚证字号

7. 出租汽车运输从业人员基本信息

编号	姓名	身份证号码	性别	户籍地址

8. 道路货物运输从业人员基本信息

编号	姓名	性别	身份证号码	户籍地址

9. 道路旅客运输从业人员基本信息

编号	姓名	身份证号码	性别	户籍地址

10. 城镇职工机关养老保险状态信息

编号	姓名	证件号码	参保单位	参保日期	缴费状态	缴费基数

11. 本次核查未查询到数据

证券信息	
基金信息	

12. 本次中止查询数据项

证券信息	
基金信息	

三、声明

1. 本报告中的信息是根据截止出具报告前信息共享单位提供的数据生成，核对机构不确保其真实性和准确性，但承诺在信息汇总、加工、整合的全过程中保持客观、中立。

2. 委托单位及申请人有权对本报告中的内容提出异议。如有异议，可联系数据提供单位。

3. 本报告仅用于林东东（身份证号340822*****4310）家庭申请最低生活保障项目经济状况核对，请妥善保管。因保管不当造成个人隐私泄露的，核对中心将不承担相关责任。

4. 您若对核对结果有异议的，应自收到核对报告之日起5个工作日内，通过社会救助受理部门或单位向同级核对机构申请复核。逾期未申请复核的，则视为对核对结果没有异议。

负责人签字：

核对机构盖章

年 月 日

居民家庭经济状况信息核对委托书

_____低收入家庭认定指导中心：

根据社会救助工作需要，现委托贵单位根据核对对象名单(含申请救助对象共同生活的家庭成员及其法定赡养人、抚养人、扶养人)及授权书，对_____等__户__人（名单附后）申请社会救助对象的居民家庭经济状况进行核对并出具核对报告。

核对项目包括：核对对象(含申请救助对象的共同生活的家庭成员及其法定赡养人、抚养人、扶养人)的财产信息、房产信息、就业信息、车辆和户籍信息、税务信息、法人登记信息、住房公积金信息以及其他相关信息。注：赡、抚、扶养人包括：父母、配偶、子女（养子女）。

我单位承诺：对我单位所提供核对对象材料的真实性、完整性、一致性承担法律责任。

核对报告内容作为救助申请审核的参考依据，但不作为唯一依据。

本委托书一式两份，双方单位各保存一份。

附件：核对对象名单

委托单位（盖章）

经办人：

年 月 日

核对对象名单

委托单位（盖章）：

序号	姓名	身份证号	申请理由	与户主 关系	家庭住址

_____村（社区）拟新增社会救助对象公示单

经调查、审核，拟对下列家庭（个人）按规定给予社会救助，现进行公示，接受社会监督。干部群众如有异议的，请实名向乡镇政府（街道办事处）反映，并提供事实依据。

公示时间：_____年____月____日至_____年____月____日（公示期为3个工作日）

乡镇政府（街道办事处）举报电话：

乡镇/街道（盖章）

年 月 日

序号	申请人姓名	家庭人口数	拟救助人口数	拟救助对象姓名	拟救助类别	家庭住址	备注

注：本表由乡镇政府（街道办事处）在申请人所在村（社区）设置的村（居）务公开栏公示。

社会救助确认（不同意/停发/调减）告知书（存根）

_____乡镇（街道）救助告字（ ）__号

作出决定的会议		作出决定时间	
申请人签字	经办人签字	告知日期	

社会救助确认（不同意/停发/调减）告知书

_____乡镇（街道）救助告字（ ）__号

_____同志：

根据《社会救助暂行办法》等相关规定，经调查审核确认，现将确认结果予以告知：

不同意。经调查核实，您的家庭状况存在_____

_____，不符合《社会救助暂行办法》及有关规定。

停发。经调查核实，您的家庭状况存在_____

_____，按照规定，从____年__月起，对您家庭享受的_____救助予以停发。

调减。经调查核实，您的家庭状况存在_____

_____，按照规定，从____年__月起，您的家庭救助金由_____元/月调整为_____元/月。

申请人签字：

_____年__月__日

单位（盖章）

_____年__月__日