|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 残障少年儿童单亲家庭补助申请表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （ 年度） 上报时间：   年    月    日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | 出生 年月 | | |  | | 残疾人 证号 | | |  | | | | |
| 现住址 |  | | | | | | | | | | | | | | 联系 电话 | |  | | |
| 户口所在地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭 人口 |  | | 家庭经济概况 | | □工资/养老金 □经商 □低保户  □亲朋、社会资助 □其他 | | | | | | | | | | 其他特别需要帮助情况 | | |  | |
| 监 护 人 | 姓 名 | | 性别 | | 出生 年月 | | | 关系 | | 健全/残疾 （类别级别） | | | 身份证号码/残疾人证号 | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | | | | |
| 家庭 成员 |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | | | | | |
| 家庭情况摘要 | 申请人： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区县残联或妇联意见 | 申请人符合下列救助条件： □1、本市户籍单亲家庭中18周岁以下的残障少年儿童； □2、双亲皆逝、现由其祖辈或其他亲属抚养的对象； □3、对单亲家庭中，残障少年儿童的监护人为三、四级残疾人的。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | （公章） | | |  |
|  |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | 年 月 日 | | | |
| 市残联妇女儿童委员会意见 | 审核人：  年 月 日 | | | | | | | | 市残联审批 意见 | | 同意给予补助 元。    （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 说明：1、此表一式二份，市残联妇女儿童工作委员会、区县残联或区县妇联各一份。2、申请者需提供残疾人证或疾病诊断证明复印件、与家长的户口本复印件、单亲证明（户口本证明、离婚证复印件或其他有效证明原件）各一份。3、单亲残障少年儿童监护人患有14种重大疾病或一年内住院治疗或门诊自付费用3万元以上的，可向市残联申请大疾救助，每人每年最高资助1万元。4、市残联电话：0754-88626594 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |