|  |
| --- |
| 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 |