

# 泉州台商投资区管理委员会民生保障局文件

泉台管民生〔2025〕11号

## 泉州台商投资区管理委员会民生保障局关于 进一步规范社会救助档案管理的通知

各乡镇人民政府：

为深化社会救助领域群众身边不正之风和腐败问题集中整治，进一步强化社会救助档案管理，推动我区社会救助工作高质量发展，根据《民政部关于印发<最低生活保障审核确认办法>的通知》（民发〔2021〕57号）、《民政部办公厅 国家档案局办公室关于加强最低生活保障档案管理的通知》（民办发〔2008〕2号）、《福建省民政厅关于<福建省最低生活保障经办人员及其近亲属享受最低生活保障备案管理办法（试行）>的通知》（闽民保〔2014〕352号）、《福建省民政厅关于印发<福建省最低

生活保障工作规范>的通知》(闽民救〔2021〕128号)等文件，市民政局整合制定了《社会救助申请资料（2025年版）》，现就抓好运用工作，进一步规范社会救助业务档案管理的有关事项通知如下：

## **一、提高认识，强化工作统一领导**

社会救助档案管理工作是社会救助工作的重要组成部分，是社会救助工作的基础性工作，充分体现了我区救助工作的规范管理水平以及基层经办能力，直接关系到我区社会救助工作能否高质量发展。各级民政部门要深刻认识到这项工作的重要性和基础性，切实加强社会救助档案管理工作，将救助工作档案管理纳入社会救助工作的重要内容，强化统一领导，落实分级负责，确保档案的完整、准确、系统、安全且有效利用。对新申请对象，自2025年1月1日起，要全部按新申请材料进行填报；对存量对象，根据本区实际情况，结合年度复核和动态管理，分类分批予以完善更新。从2025年起，市民政局社会救助科将社会救助申请资料更新规范工作列为重点跟踪项目，各乡镇务必高度重视。

## **二、明确目标，强化分级分类管理**

社会救助档案是指县级人民政府民政部门、乡镇人民政府以及村（社区）民委员会在社会救助的审核、确认、审批、日常管理和服务工作中形成的，具有保存价值的文字、图表、声像、电子数据等不同形式和载体的历史记录。各级民政部门要以“客观

反映困难群众实际生活水平”为目标，原则上按照社会救助工作权限，将档案分为公文类、审批类和日常管理类等3类落实分类分级管理。

**1.公文类档案**，参照机关文件材料归档范围和文书档案保管有关规定进行整理并定期保存，其保存期限为30年。

**2.审批类档案**，主要包括但不限于社会救助申请对象的申请书及相关佐证资料、入户调查表、社会救助审批表及其他审批环节所需的相关资料。审批类档案以户为单位整理，做到“一户一档”，保存期限为救助对象停止救助后不少于3年。

**3.日常管理类档案**，主要包括但不限于办理停发、增发、减发保障金的审批表和有关审核材料；救助对象名册；日常入户调查走访材料；上级部署临时性工作的相关材料等。日常管理类档案按文书档案的整理方法整理，保管期限不少于5年。日常管理中的业务报表、分类统计表、资金统计表等统计材料归入本单位的文书档案管理。日常管理中的资金预算和决算、划拨凭证、发放领取名册等材料归入本单位的会计档案，永久保存。永久保存档案应定期整理，移交单位档案室或档案管理单位。移交时需编制档案移交清册，并按规定办理移交手续。

### 三、严格管理，强化档案管理运用

社会救助档案必须严格执行借阅制度和保密制度。社会救助档案不对外开放，上级机关、监察机关、审计机关、法院和检察院因工作或办案需要可以查阅社会救助档案。查阅者不得丢失、

损毁、涂改档案。社会救助对象确因需要要求查阅本人档案的，应出示个人身份证件，并经当地业务主管领导同意，救助对象只能查阅本人档案。

严禁擅自销毁社会救助档案。对保管期满的社会救助档案，应由档案管理工作人员及时向分管社会救助工作的领导报告，提交清册申请销毁，经同意后方可按档案销毁要求进行处理。有条件的可协调档案主管部门接收进馆或转成电子材料等形式长期保存。

附件：社会救助申请资料（2025年版）



---

泉州台商投资区管理委员会民生保障局

2025年2月14日

---

附件

档案年份: \_\_\_\_\_

编号: \_\_\_\_\_

# 泉州市社会救助家庭档案

\_\_\_\_\_县(市、区)\_\_\_\_\_乡(镇、街道)\_\_\_\_\_村(社区)

户主姓名: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_

※材料1正面 申请家庭填写

## 基本生活保障申请表

申请人或委托代理人姓名		(是否代理 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)	
家庭人口数		申请人联系电话	
详细住址			
户籍地址	_____县(市、区) _____乡(镇、街道) _____村(社区)		
家庭成员 (主要为申请的法定赡养、抚养、扶养义务人)  (需与信息卡逐一对应)	姓名	与申请人关系	身份证号
		申请人(户主)	
服刑或失联人员情况	(填写说明: 请写明困难类型及困难原因, 重大支出的需写明支出金额)		
家庭主要困难情况	(填写说明: 请写明困难类型及困难原因, 重大支出的需写明支出金额)		
申请项目	<input type="checkbox"/> 特困人员救助供养 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭 <input type="checkbox"/> 临时救助(急难型) <input type="checkbox"/> 城乡最低生活保障 <input type="checkbox"/> 支出型困难家庭 <input type="checkbox"/> 临时救助(支出型)		
本人郑重声明, 本人已充分了解本人所申请救助项目的相关政策, 为此所提供的个人、家庭信息以及家庭成员相关材料全部真实有效, 同意审核、审批单位按照有关规定对本人信息进行核实、评议以及公示。本人愿意承担由于本人提供信息不实、不全或将本人身份信息、银行账户等出借他人导致的一切后果, 包括终止审核审批程序、终止救助等, 并承担相应法律责任。如资料发生变动, 本人或本人家庭成员将向当地民政部门社会救助管理机构主动报告。			
救助申请家庭户主(签字+指模): _____ 年 ____月____日			

※材料1反面 申请家庭填写

## 救助申请家庭申报事项

<b>填报说明：（填报及备案登记时仅需填报每类中亲缘关系最近的亲属信息）</b>					
备案 事项 主动 申报	<p><b>第一类：</b>社会救助经办人近亲属备案对象指职责辖区内享受社会救助且具有夫妻、直系血亲、三代以内旁系血亲及近姻亲关系的人员。主要包括：配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女；叔姑舅姨、堂兄弟姐妹、表兄弟姐妹、侄子女、甥子女以及配偶的直、旁系血亲等。</p> <p><b>第二类：</b>财政供养人员近亲属备案申报范围包括申请人或配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女以及其他具有法定赡养、扶养、抚养义务关系的亲属中属于政府机关工作人员（包括国家机关人员、政党机关人员、社会团体机关人员）、事业单位人员（包括教育、医疗卫生、科研、文化等公立部门人员）。</p> <p><b>是否属于第一类家庭，经办人应回避范围。</b> <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</p>				
	序号	与申请人关系	姓名	工作单位	职务
	是否需要卡折委托代管代领。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
		代管代领人姓名	与申请人关系	身份证号	
	银行 账户 信息	银行账号户主			
		开户行及网点			
银行卡号					
泉州市 居民家 庭经济 状况核 对授权	<p>因_____（申请人姓名）提出社会救助申请，根据有关政策要求，本人属经济状况核对对象，经相关工作人员对救助政策的讲解，现本人对该工作的重要性已了解，并同意进行核对，现就本人经济状况核对作出如下授权：</p> <p>一、本人自愿授权并将积极配合该项救助政策主管部门委托的核对机构，通过合法途径对本人家庭经济有关状况进行查询、核对，并同意救助政策主管部门或核对机构按规定进行公示，请民政、公安、工商、税务、人社、公积金、银行、证券、保险及其它核对机构认为必要的部门或单位凭此授权书予以配合，本人自愿承担由此此次授权查询引起的相应责任。</p> <p>二、本人已清楚知晓身份信息、银行账户等的出借行为为违法行为，愿意接受一切由此导致的不良结果。</p> <p>三、本人所提供的材料全部真实有效，如有虚假或隐瞒，本人愿意放弃申报或退还已享受的相关社会救助待遇，并接受管理审批机关按照有关规定给予的处罚。</p> <p>本授权书有效期从本人签字之日起至该对象停止享受社会救助之日止。</p>				
	授权 签字	户主：		成员：	
		成员：		成员：	
		成员：		成员：	
		成员：		成员：	
	备注	1. 授权人主要包括申请对象及其他法定赡养、抚养、扶养义务人；			
		2. 家庭成员为无民事行为能力人、限制民事行为能力人的，由监护人代为授权，并由本人按指模。			

※材料 2 正面 申请家庭按需填写，按家庭人口数逐一对应

## 社会救助对象信息卡

姓名			<input type="checkbox"/> 申请人 <input type="checkbox"/> 共同生活家庭成员 <input type="checkbox"/> 法定义务人		
性别		出生年月			年龄
民族		文化程度		联系电话	
户籍类别	<input type="checkbox"/> 农业户 <input type="checkbox"/> 非农业户	身份证号			

### 救助申请家庭申报事项

年收入 申报 (元)	<p style="margin: 0;">填写说明：主要包括工资性收入(主要指稳定就业的收入)、经营净收入(自主经营收入或有偿服务、劳务收入)、财产净收入(包括存款、证券、保险等投资性收入，集体财产收入分红和其他动产收入，及转租承包土地经营权、出租或者出让房产以及其他不动产收入等)。转移净收入(包括赡抚养费、离退休金、失业保险金、征地保养金、遗属补助金、赔偿收入、接受捐赠(赠送)收入等)。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">序号</th> <th style="width: 50%;">收入类型</th> <th style="width: 40%;">年收入</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					序号	收入类型	年收入																	
	序号	收入类型	年收入																						
财产申报 (元)	<p style="margin: 0;">填写说明：家庭财产指共同生活的家庭成员拥有的全部动产和不动产。动产主要包括银行存款、证券、基金、商业保险、债权、互联网金融资产以及车辆、工程机械等。不动产主要包括房屋、林木等定着物。摘要：请填写财产项对应的信息，如车辆填写车牌、型号；房产填写地址、购置或建设时间等。金融资产以申报时实际数值为估算价值；车辆、工程机械等以投保全损或转让评估价；房屋、林木价格以同区域挂牌销售价或近期成交价，自建房以建筑成本估算。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">序号</th> <th style="width: 30%;">财产项</th> <th style="width: 40%;">摘要</th> <th style="width: 20%;">估算价值</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					序号	财产项	摘要	估算价值																
	序号	财产项	摘要	估算价值																					
重大刚性 支出申报	<p style="margin: 0;">填写说明：主要包括因病、因残、因学、因住等额度较大的固定支出。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">序号</th> <th style="width: 60%;">事由</th> <th style="width: 30%;">近一年支出金额</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					序号	事由	近一年支出金额																	
	序号	事由	近一年支出金额																						
<b>本人承诺，上述信息全部属实，并承担相应法律责任。</b>																									
确认签名（指模）：_____ 年   月   日																									

※材料 2 反面  乡镇(街道)填写或委托第三方评估公司填写

## 服务类社会救助需求评估卡

被评估对象				保障类型			
困难类型	困难程度						
	无	轻度	中度	重度			
疾病困境	<input type="checkbox"/> 健康或良好		<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 较弱或慢性病	<input type="checkbox"/> 重特大疾病		
	简要情况		(请填写疾病名称)				
残疾困境	<input type="checkbox"/> 无残疾		<input type="checkbox"/> 非重度残疾	<input type="checkbox"/> 重度残疾	<input type="checkbox"/> 多重重度残疾		
	简要情况		(请填写残疾类型、等级)				
教育困境	<input type="checkbox"/> 条件良好或非学龄		<input type="checkbox"/> 受教育条件一般	<input type="checkbox"/> 受教育条件差	<input type="checkbox"/> 辍学		
	简要情况		(请填写就读学校)				
就业困境	<input type="checkbox"/> 无就业或非劳动年龄		<input type="checkbox"/> 临时就业	<input type="checkbox"/> 短期失业	<input type="checkbox"/> 长期失业		
	简要情况		(请填写就业意愿或就业单位)				
居住困境	<input type="checkbox"/> 条件良好		<input type="checkbox"/> 条件一般	<input type="checkbox"/> 条件简陋	<input type="checkbox"/> 无居所		
	简要情况		(请填写家庭住宅类型、面积或享受的住房保障政策)				
家庭结构 困境	<input type="checkbox"/> 正常家庭		<input type="checkbox"/> 单亲家庭	<input type="checkbox"/> 隔代家庭	<input type="checkbox"/> 空巢家庭		
	简要情况		(请填写义务履行情况或司法渠道调解、判决情况)				
社会融入 困境	<input type="checkbox"/> 社会融入程度高		<input type="checkbox"/> 融入程度一般	<input type="checkbox"/> 融入程度低	<input type="checkbox"/> 难以融入社会		
	简要情况		(请填写融入困境产生原因)				
其他困境	<input type="checkbox"/> 无特殊情况		<input type="checkbox"/> 一般变故	<input type="checkbox"/> 重大变故	<input type="checkbox"/> 连续重大变故		
	简要情况						
服务需求 (需结合对象 服务诉求填 选)	服务类型	服务内容					
	照护服务类	<input type="checkbox"/> 访视 <input type="checkbox"/> 看护照料 <input type="checkbox"/> 康复训练 <input type="checkbox"/> 就医陪护 <input type="checkbox"/> 健康监 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
		<input type="checkbox"/> 助餐 <input type="checkbox"/> 助浴 <input type="checkbox"/> 助行 <input type="checkbox"/> 助洁 <input type="checkbox"/> 代购 <input type="checkbox"/> 代步 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
	关爱服务类	<input type="checkbox"/> 心理疏导 <input type="checkbox"/> 资源链接 <input type="checkbox"/> 能力提升 <input type="checkbox"/> 社会融入 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
对象确认签 名(指模)		评估 人员			年   月   日		

※材料3 正面 乡镇(街道)按需填写

## 基本生活保障入户调查表

申请人姓名		性别		年龄	
家庭住址				家庭人口	
<input type="checkbox"/> 核实该救助申请家庭成员收入财产申报项目完整、属实，无增项。					
核实收入情况	<input type="checkbox"/> 核实该家庭各成员对象除申报收入外，仍有下列几项收入、财产。				
	序号	姓名	收入类型	年收入	是否可核减
	1				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	2				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	3				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	4				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
核实采用财产情况	<input type="checkbox"/> 核实该家庭各成员对象除申报财产外，仍有下列几项财产。				
	序号	姓名	项目	估算价值	是否可核减
	1				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	2				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	3				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	4				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
核实重大刚性支出	<input type="checkbox"/> 核实该家庭各成员对象除申报刚性支出外，仍有下列几项刚性支出。				
	序号	事由		年支出金额	
	1				
	2				
3					
<b>经济状况核对报告可疑项目核实情况</b>					
可疑事项	事项处置情况			佐证资料提供	
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

<b>需要村(社区)协助确认的事项</b>			
<b>1.家庭调查信息确认</b>			
经本人已认真核对, 现确认《基本生活保障入户调查表》和《社会救助对象信息卡》相关信息真实有效, 本人愿意承担由于信息漏报、瞒报等引起的一切后果。			
申请人签名(指模): _____ 年   月   日			
<b>2.家庭主动申报事项协助确认</b>			
家庭成员服刑或失联情况	<input type="checkbox"/> 申请家庭已完整申报或无家庭成员服刑、失联。		
	<input type="checkbox"/> 家庭成员存在服刑或失联情形, 情况如下:  (请填写姓名、失联时间或刑期、服刑地点, 含已批捕对象)		
<b>3.邻里走访核实的事项</b>			
序号	核实事项	证明人签字	证明人签字
1		年   月   日	年   月   日
2		年   月   日	年   月   日
其他特殊情形事项			
村(社区) 协查意见	经办人(签字): _____ 负责人(签字并盖章): _____ 年    月    日		
入户调查人: _____ 入户时间: 年   月   日			

※材料4正面 乡镇（街道）按需填写

## 基本生活保障评估确认表

(□动态管理复核)

参考方案（参照模板）						
方案一	经核实，申请人_____及其共同生活家庭成员_____等____人核减可扣除项目后人均可支配收入、相关财产符合规定，拟全部纳入□特困对象 □城乡低保对象 □低保边缘家庭 □支出型困难家庭。					
方案二	经核实，申请人_____及其共同生活家庭成员_____等____人核减可扣除项目后人均可支配收入、相关财产符合规定，拟全部纳入低保边缘家庭，其中，_____等____人符合因重病（残、学等）符合单人入保条件，纳入城乡低保。					
方案三	经核实，申请对象_____属靠家庭供养的重度残疾人，参照“单人户”核算后，个人可支配收入、财产符合规定，纳入城乡低保对象。					
方案四	经核实，申请人及其共同生活家庭成员按照经核算后，收入或财产中存在一定程度超标，但符合社会救助“一事一议”适用情形，建议纳入“一事一议”综合评估，防止漏保漏救。（“一事一议”研究通过后，填报拟保障方案并附会议资料存档）					
方案五	经核实，申请人及其共同生活家庭成员按多种方案核算后，收入、财产均存在明显超标，且不符合“一事一议”适用情形，建议不予确认。					
拟保障方案						
根据救助对象申报资料、入户调查及经济状况核对报告，结合基本生活保障审批参考方案（模板），针对该家庭实际情况，按照“有利入保”原则，拟采取方案_____，（分户保可采取“一份申请资料、入户调查表、多份审批表”）。具体情况如下：						
序号	拟入保姓名（认定共同生活家庭成员）	与户主关系	核定扣减后年收入	核定扣减后金融资产	拟保障类型	拟月保障金额或档次
①		户主				
②						
③						
④						
⑤						
⑥						
⑦						
合计						
核定月人均可支配收入				核定月人均金融资产		

## 救助家庭综合情况信息

保障方案调整情况	(如：对象张三属于低保边缘家庭，因属重病患者转为低保。)			
拟提供服务类社会救助方案	照护照料类	(请填写拟接受服务的对象序号)		
	生活服务类	(请填写拟接受服务的对象序号)		
	关爱服务类	(请填写拟接受服务的对象序号)		
乡镇人民政府(街道办事处)审核确认意见	审批方案公示时间：____年____月____日至____年____月____日			
	<input type="checkbox"/> 经审核（或复核），该家庭低保申请未通过。主要原因如下：			
	(请填写主要不符合原因，不可随意放空)			
	<input type="checkbox"/> 经审核（或复核），该家庭情况符合本县（市、区）救助认定条件，参照方案给予保障，自____年____月____日起纳入保障，补助总额为____，服务类救助按拟定方案执行。具体情况如下：			
	保障情况	保障类别	保障人序号	补助金额
		特困人员救助供养		
		城乡最低生活保障		
		低保边缘家庭		
		支出型困难家庭		
	是否属于卡折委托代管代领对象。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
代管(领)人姓名：_____ 代管(领)人身份证号：_____				
是否属于经办人员或财政供养人员近亲属备案对象。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
近亲属姓名	关系	工作单位	职务	
业务负责人(确认签字)： _____ 年 ____ 月 ____ 日		分管领导(确认签字并加盖公章)： _____ 年 ____ 月 ____ 日		
注：该表格需加盖乡镇（街道）公章后报县级民政部门存档；备案对象应报完整档案。				

※材料5正面 县级以上入户抽查填写，填写后与审批信息比对

## 基本生活保障入户抽查表

户主姓名			性别			年龄	
家庭住址					家庭人口		
原救助 方案	救助享受时间			月领取保障金额			
	保障情况	保障类别		保障人数		保障金额	
		特困人员救助供养					
		城乡最低生活保障					
		低保边缘家庭					
		支出型困难家庭					
核实备案情况	银行卡管理人			月领取保障金额			
	是否属于存在卡折委托代管代领对象。				<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否
	是否属于经办人员或财政供养人员近亲属备案对象。				<input type="checkbox"/> 是		<input type="checkbox"/> 否
	近亲属姓名		关系	工作单位		职务	
核实收入、 财产情况 (含新增)	序号	姓名	项目		金额(或价值)	是否可核减	
						<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
其他特殊情形 事项							

※材料 5 反面 县级以上入户抽查填写，填写后与审批信息比对

经济状况核对报告可疑项目核实情况			
可疑事项	事项处置情况	佐证资料是否齐全	
		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
		<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
核实救助 审批程序	审批方案公示时间是否合规。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	村（社区）村务公开栏是否进行长期公开。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	公开项目包含申请人姓名、家庭成员数量、保障金额及监督电话。 <input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
“一事一 议” 情况	是否符合“一事一议”适用情形。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	“一事一议”审批资料是否完整。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
档案 管理 情况	是否严格按照“一户一档”整理。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	资料填写是否真实、合规、完整。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	是否存在逻辑性错误。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
抽查 结果	入户调查情况是否到位。	<input type="checkbox"/> 基本到位	<input type="checkbox"/> 不到位
	保障方案是否合理。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
	近亲属备案是否执行到位。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不属于
	卡折委托代管代领备案是否执行到位。	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不属于
抽查情况 工作建议			
入户抽查人：	_____	_____	入户时间： 年 月 日
签收 确认	签名： _____ 年 月 日		

注：本表一式两份，乡镇（街道）留存复印件，原件县级民政部门保存。

※材料7 申请家庭填写，用于其他部门委托民政部门进行核对

## 泉州市居民家庭经济状况核对授权书

申请事由	
事项管理审批机关	
核对经办单位	

因本人向\_\_\_\_\_（部门）提出\_\_\_\_\_（事项）申请，根据有关政策要求，本人需配合进行经济状况核对。经相关工作人员对政策的讲解，现本人对该工作的重要性已充分了解，同意上述事项管理审批机关委托核对经办单位对本人进行核对，具体授权如下：

一、本人自愿授权并将积极配合事项管理审批机关及其委托的核对经办单位，通过合法途径对本人家庭经济有关状况进行查询、核对，并同意救助政策主管部门或核对机构按规定进行公示，请民政、公安、工商、税务、人社、公积金、银行、证券、保险及其它核对机构认为必要的部门或单位凭此授权书予以配合，本人自愿承担由此次授权查询引起的相应责任。

二、本人充分知晓核对经办单位在核对项目，对全部核对项目均无异议。

三、本人已清楚知晓身份信息、银行账户等的出借行为属于违法行为，愿意接受一切由此导致的不良结果。

四、本人所提供的材料全部真实有效，如有虚假或隐瞒，本人愿意放弃申报或退还已享受的相关待遇，并接受事项管理审批机关按照有关规定给予的处罚。

本授权书自本人签字之日起生效，有效期由管理审批机关根据政策进行确认。

授权 签字	申请人:	成员:
	成员:	成员:
	成员:	成员:
	成员:	成员:
	授权时间:           年       月       日	
部门 审核 确认	经审核确认，相关核对需求符合政策规定，授权书信息真实有效，请给予协助。	
	经办人: _____	(盖章)
备注	1. 授权人范围由事项管理审批机关根据政策进行确认，并获取授权； 2. 属无民事行为能力人、限制民事行为能力人的，可由监护人代为授权，并由本人按指模。	

材料 8

## 社会救助告知单（模板）

### 存根单

申请人: \_\_\_\_\_

对应档案编号编号: \_\_\_\_\_

申请项目: 特困 城乡低保 低保边缘家庭 支出型困难家庭 临时救助

受理告知情况	被告知人(签名): _____ 时间: _____年_____月_____日	经办人(签名): _____
审核审批告知情况	被告知人(签名): _____ 时间: _____年_____月_____日	经办人(签名): _____

### 审核审批情况告知单

\_\_\_\_\_先生/女士:

对应档案编号编号: \_\_\_\_\_

经审核, 贵家庭情况符合本县(市、区)救助认定条件, 自\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日起纳入保障, 救助金额为(元/月 一次性\_\_\_\_\_元), 相关保障资金我们将汇入您提交的银行卡。今后, 我单位将持续对您进行跟踪, 并及时进行动态调整, 不另行通知。如有异议, 您可向当地乡镇人民政府(街道办事处)或县级民政部门咨询, 联系电话: \_\_\_\_\_. 保障对象如下:

保障情况	保障类别	保障姓名

经审核, 贵家庭情况不符合救助标准标准, 具体原因: \_\_\_\_\_  
(3个工作日内反馈)。如有异议, 您可向当地乡镇人民政府(街道办事处)或县级民政部门咨询, 联系电话: \_\_\_\_\_。

(公章) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 救助情况受理告知单

\_\_\_\_\_先生/女士:

对应档案编号: \_\_\_\_\_

申请项目: 特困 城乡低保 低保边缘家庭 支出型困难家庭 临时救助

我单位依规受理您提出的社会救助认定申请, 并将严格按照有关规定开展入户调查、经济核对等工作。如有异议, 可于接到告知单后7日内向当地乡镇人民政府(街道办事处)或县级民政部门书面提出异议, 逾期视为无异议, 联系电话:

(公章) \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日