附件12

特困供养人员审核确认表（工作人员填写）

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | | 民族 |  |  |
| 身体状况 |  | 身份  证号 |  | | | | | | |
| 供养标准 |  | 现住址 |  | | | | | | |
| 供养方式 |  | 户籍  所在地 |  | | | 联系  电话 |  | | |
| 家庭  成员  情况 | 姓 名 | 与户主  关系 | 年龄 | 身 份 证 号 | | | | | 身体  状况 | 联系电话 |
|  |  |  |  | | | | |  |  |
|  |  |  |  | | | | |  |  |
|  |  |  |  | | | | |  |  |
| 监护人 |  |  |  |  | | | | |  |  |
| 照料  护理人 |  |  |  |  | | | | |  |  |
| 乡镇综合便民服务中心审核意 见 | （是否同意）  社会救助窗口负责人签名： 负责人签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 乡镇人民政府确认意 见 | （是否同意）  分管领导签名： 乡（镇）长签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | |