

附件

广州市特殊困难老年人入住养老机构 资助申请表

姓 名		身份证号码	
性 别		社保卡号	
民 族		身 份 类 型	<input type="checkbox"/> 三无 <input type="checkbox"/> 五保 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 低收入 <input type="checkbox"/> 高龄 <input type="checkbox"/> 其他（请填写_____）
出生年月		是否愿意入	<input type="checkbox"/> 愿意
开始轮候时间		住定点民办养老机构	<input type="checkbox"/> 自愿放弃
籍 贯		婚 姻 及 家 庭 状 况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 子女（请填写_____）
户籍所在地	区 街(镇) 路 号 室		
	所属街道/社区：		
居住地址	区 街(镇) 路 号 室		
	所属街道/社区：		
邮 编	住 宅 电 话		
	移 动 电 话		
代理人姓名		与申请人关系	
代理人地址	区 街(镇) 路 号 室		
邮 编	住 宅 电 话		
	移 动 电 话		
身体状况	<input type="checkbox"/> 轻度失能 <input type="checkbox"/> 中度失能 <input type="checkbox"/> 重度失能		

<p>诚信承诺</p>	<p>本人承诺以上所填资料内容全部属实。如有弄虚作假行为，自愿取消本人申请资助资格。</p> <p style="text-align: right;"> 填报人： 申请人： 日期： 年 月 日 </p>
<p>养老机构 审核意见</p>	<p style="text-align: right;"> 单位（盖章） 签名： 日期： 年 月 日 </p>
<p>区民政部门 审核意见</p>	<p style="text-align: right;"> 单位（盖章） 签名： 日期： 年 月 日 </p>
<p>市民政部门 审核意见</p>	<p style="text-align: right;"> 单位（盖章） 签名： 日期： 年 月 日 </p>