附件1

事实无人抚养儿童基本生活补贴申请表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | 性 别 | | |  | 近期  免冠  照片 | | |
| 出生日期 |  | | | | | 民 族 | | |  |
| 户籍状况 |  | | | | | 户籍所在地 | | |  |
| 申请日期 |  | | | | | 公民身份号码 | | |  |
| 儿童现  住址 |  | | | | | | | | | | | |
| 儿童父母情况 | 关系 | 姓名 | | 公民身份号码 | | | | 现状况 | | | | 联系电话 |
| 父亲 |  | |  | | | | □死亡 □失踪 □重病 □重残 □失联 □服刑在押 □强制隔离戒毒 □被执行其他限制人身自由的措施 □被撤销监护资格 □被遣送（驱逐）出境  □其他 。 | | | |  |
| 母亲 |  | |  | | | | □死亡 □失踪 □重病 □重残 □失联 □服刑在押 □强制隔离戒毒 □被执行其他限制人身自由的措施 □被撤销监护资格 □被遣送（驱逐）出境  □其他 。 | | | |  |
| 儿童身体状况 | □健康 □视力残疾 □听力残疾 □言语残疾 □智力残疾 □肢体残疾 □精神残疾  □多重残疾 □重病 □其他： 。 | | | | | | | | | | | |
| 儿童工学情况 | □学龄前 □小学 □初中 □高中或职业高中 □技校 □中专 □大专 □本科及以上 □失学 □特教 □无就学能力 □待业 □就业 □其他： 。 | | | | | | | | | | | |
| 履行监护责任人员情况 | 姓名 | | 性别 | | 关系 | | 公民身份号码 | | 工作单位或家庭住址 | | 联系电话 | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 其他主要社会关系 | 姓名 | | 性别 | | 关系 | | 公民身份号码 | | 工作单位或家庭住址 | | 联系电话 | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本生活补贴发放情况 | | | | | | |
| 领取方式 | □银行转账 | | 起领年月 |  | 保障金额 |  |
| 开户人 |  | 领取人 |  | 领取人与  儿童关系 |  | |
| 开户银行 |  | | 银行账号 |  | | |
| 已享受其他  救助或福利  政策情况 |  | | | | | |
| 诚信承诺情况 | （我保证以上所有信息真实、准确、有效，如有不实，自愿退还已领取的所有生活费并承担失信后果） （签名） | | | | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）  查验意见 | 经查验， 符合事实无人抚养儿童保障条件，建议予以确认。    经办人： 查验人： 负责人： （单位盖章）  查验日期： 年 月 日 | | | | | |
| 县级以上民政  部门确认意见 | 经复核， 符合事实无人抚养儿童保障条件，予以确认，从 年 月起发放基本生活费补贴。  经办人： 复核人： 确认人： （单位盖章）    确认日期： 年 月 日 | | | | | |

附件2

机构内事实无人抚养儿童基本生活补贴申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 近期  免冠  照片 |
| 出生日期 |  | | 民 族 |  |
| 户籍状况 |  | | 户籍所在地 |  |
| 申请日期 |  | | 公民身份号码 |  |
| 儿童父母情况 | 关系 | 姓名 | 公民身份号码 | 现状况 | 联系电话 |
| 父亲 |  |  | □死亡 □失踪 □重病 □重残 □失联 □服刑在押 □强制隔离戒毒 □被执行其他限制人身自由的措施 □被撤销监护资格 □被遣送（驱逐）出境  □其他 。 |  |
| 母亲 |  |  | □死亡 □失踪 □重病 □重残 □失联 □服刑在押 □强制隔离戒毒 □被执行其他限制人身自由的措施 □被撤销监护资格 □被遣送（驱逐）出境  □其他 。 |  |
| 儿童身体状况 | □健康 □视力残疾 □听力残疾 □言语残疾 □智力残疾 □肢体残疾 □精神残疾 □多重残疾  □重病 □其他： 。 | | | | |
| 儿童工学情况 | □学龄前 □小学 □初中 □高中或职业高中 □技校 □中专 □大专 □本科及以上 □失学 □特教  □无就学能力 □待业 □就业 □其他： 。 | | | | |
| 儿童入院时间 |  | | | | |
| 机构情况 | 机构名称 | |  | 法人代表 |  |
| 机构代码 | |  | 联系电话 |  |
| 儿童入院佐证材料 |  | | | | |
| 所属民政部门确认意见 | 经办人： 复核人： 确认人： （单位盖章）    确认日期： 年 月 日 | | | | |

备注：

1. 填写事实无人抚养儿童入院佐证材料一栏，请填写佐证材料的具体名称，并附上复印件；

2. 未成年人救助保护机构、福利机构所属民政部门需在审批意见一栏的空白处填写“同意”或“不同意”，如“不同意”需写明原因。

附件3

儿童失联父母查找情况回执单

编号：

（相关当事人）：

我单位于 年 月 日接到儿童（姓名： ，公民身份号码： ）关于查找其失联父（姓名： ，公民身份号码： ）、母（姓名： ，公民身份号码： ）情况报案后，依据民政部、公安部、财政部《关于进一步做好事实无人抚养儿童保障有关工作的通知》（民发〔2020〕125号）规定及相关要求，经多方查找已满6个月，目前没有查找到其失联父/母。

联系人： 联系电话：

公安机关（公章）

年 月 日

此单同时抄送儿童户籍所在地乡镇人民政府（街道办事处），仅用于办理事实无人抚养儿童认定。

备注：失联人员身份信息不全的，可在相关处填“不详”。

附件4

儿童父母失联情况认定表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 一、个人承诺 | | | |
| 承诺人（监护人） |  | 公民身份号码 |  |
| 儿童姓名 |  | 公民身份号码 |  |
| 承诺人与该儿童关系 |  | 联系方式 |  |
| 为保障该儿童基本生活权益，办理事实无人抚养儿童基本生活补贴，现承诺如下：该儿童生父/母： （公民身份号码： ），自 年 月起即与该儿童家庭失去联系，至今未履行抚养责任，已达 个月。该情况属实，如有故意捏造、隐瞒事实等欺骗行为的，本人愿承担相应法律责任，并退还已发放的生活费。    承诺人签字并按手印：  承诺日期： 年 月 日 | | | |
| 二、邻里佐证情况 | | | |
| 该承诺人承诺情况属实。其他补充情况或意见：  。  签字并按手印（3人以上）： | | | |
| 三、村居证实情况 | | | |
| 经村（居）委会走访查证，并按规定进行群众评议，该个人承诺及邻里佐证情况属实。其他补充情况或意见： 。  村（居）委会（公章）  年 月 日 | | | |
| 四、乡镇人民政府（街道办事处）查验情况 | | | |
| 经乡镇人民政府（街道办事处）查验，上述情况属实。其他补充情况或意见：  。    联系人： 联系电话：  乡镇人民政府（街道办）（公章）  年 月 日 | | | |
| 五、县级民政部门确认情况 | | | |
| 经审核，上述情况属实。其他补充情况或意见：  。  联系人： 联系电话：    县级民政部门（公章）  年 月 日 | | | |

此认定表一式四份，承诺人、村（居）委会、乡镇人民政府（街道办事处）、县级民政部门各存一份，仅用于办理事实无人抚养儿童认定。

备注：此表失联人员身份信息不全的，可在相关处填“不详”。

附件5

事实无人抚养儿童基本生活补贴使用协议书

（范本）

甲 方：

负 责 人：

联系电话：

乙 方：

职 业： 性别：

民 族： 联系电话：

公民身份号码： 户口所在地：

为保障事实无人抚养儿童合法权益，确保事实无人抚养儿童健康成长，经协商，甲乙双方就事实无人抚养儿童基本生活补贴（以下简称“生活补贴”）使用事宜达成如下协议：

儿童 ，性别 ，现年 岁，出生于 年 月 日。经 认定为事实无人抚养儿童（类别：父 母 ），随乙方生活。

一、甲方按月向乙方发放生活补贴 元。

二、乙方通过银行账户领取生活补贴（开户银行 ，银行账号 ）。

三、乙方保证将生活保障金用于事实无人抚养儿童包括伙食、衣物、日常用品等经费在内的生活开支。

四、甲方有权对乙方使用生活补贴情况进行监督指导，如发现乙方对生活补贴有挪用、侵占等不当使用情况的，有权追究乙方的违约责任。

五、本协议未尽事宜，双方应本着友好协商的原则另行约定，并以补充协议的形式体现。

六、本协议一式两份，双方签字盖章后生效。甲、乙双方各一份。

甲方签字（盖章）： 乙方签字（盖章）

年 月 日 年 月 日