

附件 1

## 云南省经济困难老年人服务补贴申请表

申请人姓名		性别		联系电话	
身份证号码				年龄	
居住地址					
户籍地址					
社会保障卡/银行卡卡号					
是否为低保老年人 和分散供养的特困老年人		是 <input type="checkbox"/>		否 <input type="checkbox"/>	
申请补贴金额（元/月）					

申请人：

申请日期：        年        月        日

附件 2

## 云南省拟纳入经济困难老年人服务补贴 对象审核公示单

你村（社区）下列人员申请经济困难老年人服务补贴，现将审核等有关情况予以公示，接受社会监督。如有异议，请尽可能提供事实依据，可直接向乡镇人民政府（街道办事处）反映。

公示时间：        年    月    日至        年    月    日

乡镇人民政府（街道办事处）举报电话：

乡镇/街道（盖章）

序号	拟补贴对象姓名	拟补贴对象年龄	拟补贴对象户籍所在地	是否为低保老年人和分散供养的特困老年人	拟补助金额（元/月）
1					
2					
3					
4	(按需增加)				

年    月    日

注：由乡镇人民政府（街道办事处）在申请人所在村（社区）设置的村（居）务公开栏公示，本次所有新增经济困难老年人服务补贴对象的信息都要公示。

附件 3

# 云南省拟纳入经济困难老年人服务补贴 不予确认 告 知 书

\_\_\_\_\_乡镇（街道）\_\_\_\_\_村（社区）\_\_\_\_\_同志：

您于\_\_\_\_年\_\_月\_\_日提交申请，经调查审核，根据《云南省经济困难老年人服务补贴实施办法（试行）》文件规定，您个人因：

不具有本省户籍

年龄未满 80 周岁及以上

不符合最低生活保障老年人和分散供养的特困老年人，不予确认。

若对本告知书有异议，可自收到本告知书之日起 7 日内向本单位提出复查申请。

受送达人：\_\_\_\_\_

审核确认单位（盖章）

年 月 日

（本告知书一式三份，县民政局、乡镇人民政府/街道办事处各留存一份，申请人留存一份）

附件 4

# 云南省拟纳入经济困难老年人服务补贴 调整（停发） 告 知 书

\_\_\_\_\_乡镇（街道）\_\_\_\_\_村（社区）\_\_\_\_\_同志：

根据《云南省经济困难老年人服务补贴实施办法（试行）》文件的规定，经过重新审核认定，决定对您个人领取云南省经济困难老年人服务补贴停发：从\_\_\_\_年\_\_\_\_月起，对您个人\_\_\_\_\_领取的云南省经济困难老年人服务补贴予以停发（按需增加）。

停发原因：

若对上述决定有异议，可自收到本告知书之日起 30 日内申请行政复议。

受送达人：\_\_\_\_\_

审核确认单位（盖章）

年 月 日

（本告知书一式三份，县民政局、乡镇人民政府/街道办事处各留存一份，申请人留存一份）