

# 嘉鱼县民政局文件

嘉民政发[2019]25号

---

## 关于做好经济困难的高龄、失能等老年人 补贴发放工作的通知

各镇民政办：

为推进社会养老服务体系建设和切实解决经济困难的高龄、失能等老年人养老服务保障问题，根据《省财政厅、省民政厅、省老龄办关于全面建立经济困难的高龄、失能等老年人补贴制度的通知》（鄂财社发〔2017〕26号）和《关于建立经济困难的高龄、失能等老年人补贴制度的通知》（咸财社发[2017]148号）的要求，我县2019年全面建立经济困难的高龄、失能老年人补贴制度。为做好补贴发放工作，现将有关事项通知如下：

### 一、补贴对象

（一）城乡低保对象中年满80周岁（含80周岁）以上的老年人，享受经济困难高龄老年人补贴；



(二) 城乡低保对象中年满 60 周岁(含 60 周岁)以上的老年人,经县级以上医疗卫生机构鉴定评估确定为失能等级的,享受经济困难失能老年人补贴。

城乡特困供养人员不纳入以上补贴对象,以上补贴对象可叠加享受高龄津贴。同时符合重度残疾人护理补贴与经济困难高龄、失能老年人补贴的老年人,按就高不就低原则享受其中一项补贴。

## 二、补贴标准

经济困难的高龄老年人每人每月 100 元,经济困难的失能老年人每人每月 100 元,此项补贴不计入低收入家庭收入范围,并建立相应的自然增长机制。

## 三、补贴方式

经济困难的高龄、失能老年人补贴原则上通过政府购买养老服务方式实现,由县民政部门支付给相应服务提供方,确实无法实现的也可以发放现金或养老服务代金券。

根据老年人及其家庭意愿,到养老机构接受服务的,补贴支付给养老机构抵个人自付费用;居家接受服务的,支付给提供服务的居家养老服务单位或组织。

## 四、工作程序

凡符合申报条件的老人,可向所在镇民政办提出申请,由镇民政办审核同意后填报相应审批表,并汇总报县民政局审批,县民政局将审批情况通知镇民政办在其所在村(居)委会公示,公示无异议后发放。

(一) 申请。符合经济困难的高龄老年人补贴条件的,



凭本人居民身份证或居民户口本原件及两份复印件、本人近期 1 寸免冠照（两张），向户籍所在镇民政办提出申请，填写《嘉鱼县经济困难高龄老年人补贴申请审批表》（一式两份）。经机构评估，老年人能力经评估等级为失能的，凭本人居民身份证或居民户口本原件及两份复印件、本人近期 1 寸免冠照（两张）和评估机构出具的《老年人能力评估报告》，向户籍所在镇民政办提出申请，填写《嘉鱼县经济困难失能老年人补贴申请审批表》（一式两份）。

**（二）调查核实。**镇民政办在接到申请后，要认真审查核实，并要求在村（居）委会公示栏张榜公示 7 日，接受群众监督评议。无异议的，签署审核意见加盖公章，并报县民政局审批。对公示有异议的，镇民政办要再次调查核实，对不符合条件的应当面作出说明。

**（三）复核审批。**县民政局从收到申报材料后，将符合条件的申请对象分别纳入经济困难的高龄、失能老人补贴发放范围，并发放补贴。

各镇应为享受高龄、失能补贴的老年人建立纸质和电子档案，留存备案《嘉鱼县经济困难高龄老年人补贴申请审批表》、《嘉鱼县经济困难失能老年人补贴申请审批表》，并登记造册、建立工作台账。

## **五、工作要求**

**（一）建立经济困难的高龄、失能老年人补贴制度**是我县社会养老服务体系建设的的重要组成部分，是关爱老年人的重大民生工程，各镇要高度重视，密切配合认真抓好组织实施。



(二) 各镇民政办要摸清底数，建立工作台账与档案，建立和完善养老服务评估与动态管理机制，转变政府服务方式，发挥补贴政策带动作用，推动养老服务体系建设和。

(三) 要建立日常监督和重点抽查相结合的监管制度，确保补贴政策落实到位和补贴资金使用安全规范。对虚报、冒领、截留、挪用补贴资金等行为，要依法依规严肃处理。

附件：

1: 嘉鱼县经济困难高龄老年人补贴申请表

2: 嘉鱼县经济困难失能老年人补贴申请表

嘉鱼县民政局

2019年9月20日



## 县经济困难高龄老年人补贴申请表

|                                                                                                                                                                                                                                          |  |           |  |                |             |        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|----------------|-------------|--------|----|
| 申请人姓名                                                                                                                                                                                                                                    |  | 性别        |  | 出生年月           |             | 照<br>片 |    |
| 身份证号                                                                                                                                                                                                                                     |  |           |  | 联系电话           |             |        |    |
| 户籍所在地                                                                                                                                                                                                                                    |  |           |  |                |             |        |    |
| 居住地                                                                                                                                                                                                                                      |  |           |  | 办理银行<br>(折) 卡号 |             |        |    |
| 代理人姓名                                                                                                                                                                                                                                    |  | 代理人与申请人关系 |  |                | 申请人<br>低保情况 | 时间     | 标准 |
| 代理人身份证号                                                                                                                                                                                                                                  |  | 代理人联系电话   |  |                |             |        |    |
| <p>申请人或代理人意见：</p> <p style="padding-left: 40px;">本人于        年    月满        周岁，按规定可享受高龄补贴， 特此申请。</p> <p style="text-align: right;">申请人（代理人）签字：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>                                          |  |           |  |                |             |        |    |
| <p>户籍所在镇（街道）意见：</p> <p style="text-align: right;">经办人签字：</p> <p style="text-align: right;">单位盖章：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>                                                                                       |  |           |  |                |             |        |    |
| <p>户籍所在县（市、区）民政部门意见：</p> <p style="padding-left: 40px;">同意申请人申请，从_____年_____月发放经济困难的高龄老人补贴_____元 / 月。</p> <p style="text-align: right;">经办人签字：</p> <p style="text-align: right;">单位盖章：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p> |  |           |  |                |             |        |    |

说明：1、申请时须填写本表1式2份，县（市、区）民政局、镇（街道）、各存底1份。

2、附件包括申请人身份证、户口簿复印件（A4幅面）各1份，受委托人还需提供书面委托书原件和本人身份证复印件（A4幅面）1份；养老机构或组织代为申请的，需提交所在单位书面证明。附件统一存县（市、区）民政部门。



## 县经济困难失能老人补贴申请表

|                                                                                                                                                                                                                    |  |           |  |      |                |        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|------|----------------|--------|----|
| 申请人姓名                                                                                                                                                                                                              |  | 性别        |  | 出生年月 |                | 照<br>片 |    |
| 身份证号                                                                                                                                                                                                               |  |           |  | 联系电话 |                |        |    |
| 户籍所在地                                                                                                                                                                                                              |  |           |  |      |                |        |    |
| 居住地                                                                                                                                                                                                                |  |           |  |      | 申请人银行<br>(折)卡号 |        |    |
| 代理人姓名                                                                                                                                                                                                              |  | 代理人与申请人关系 |  |      | 申请人低保情况        | 时间     | 标准 |
| 代理人身份证号                                                                                                                                                                                                            |  | 代理人联系电话   |  |      |                |        |    |
| <p>申请人或代理人意见：</p> <p>本人于      年    月满    周岁，经                      (鉴定机构) 鉴定为    (轻、中、重) 度失能，按规定可享受失能老年人补贴， 特此申请。</p> <p style="text-align: right;">申请人(代理人) 签字：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p> |  |           |  |      |                |        |    |
| <p>户籍所在镇(街道) 意见：</p> <p style="text-align: right;">经办人签字：</p> <p>单位盖章：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>                                                                                           |  |           |  |      |                |        |    |
| <p>户籍所在县(市、区) 民政部门意见：</p> <p>同意申请人申请，从      年    月发放经济困难失能老年人补贴      元 / 月。</p> <p>经办人签字：</p> <p style="text-align: right;">单位盖章：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p>                                |  |           |  |      |                |        |    |

说明：1、申请时须填写本表 1 式 2 份，县(市、区)民政局、镇(街道)各存底 1 份。

2、附件包括申请人身份证、户口簿复印件(A4 幅面)、评估机构出具的《老年人能力评估报告》各 1 份，代理人还需提供书面委托书原件和本人身份证复印件(A4 幅面) 1 份；养老机构或组织代为申请的，需提交所在单位书面证明。附件统一存县(市、区)民政部门