

河源市源城区民政局

关于征求〈关于开展 2021 年源城区重病儿童 生活保障活动的通知〉（征求意见稿）

各镇人民政府、街道办事处，区直有关单位：

现将《关于开展 2021 年源城区重病儿童生活保障活动的通知（征求意见稿）》发给你们，征求贵单位意见，请于 2021 年 5 月 31 日前将修改意见通过粤政易书面回复我局（无修改意见也请书面回复）。联系人及电话：江艳锋 3332832，（传真）3186266。

附件：《关于开展 2021 年源城区重病儿童生活保障活动的通知（征求意见稿）》



关于开展 2021 年源城区重病儿童生活保障活动的通知（征求意见稿）

各镇人民政府、街道办事处：

为贯彻落实《河源市人民政府关于印发河源市加强困境儿童保障工作实施方案的通知》（河府〔2018〕19号）精神，依据区财政局《关于批复 2021 年部门预算的通知》（源财预〔2021〕5号）文件，现将我区重病儿童生活保障活动通知如下：

一、明确保障对象

重病儿童：是指具有河源市源城区户籍的罹患特定重病的“0 至 18 周岁以下”（含 18 周岁）儿童，特定重病包括：白血病（含再生障碍性贫血、血友病）、先天性心脏病、尿毒症、恶性肿瘤等和上级规定的大病病种。同时应持有县级以上医疗机构的诊断证明，提供 3 个月、半年、一年病历档案。

二、保障标准

当年每人每月基本生活费补贴按城乡居民最低生活保障标准的 50% 发放。已享受低保、特困、孤儿、事实无人抚养儿童、残疾人两项补贴等基本生活保障制度的，不再享受重病儿童生活保障。

三、申领程序

(一) 自愿申请

由重病儿童本人或监护人填写《源城区重病重残儿童基本生活补贴申请表》（附件），向儿童户籍所在地乡镇人民政府、街道办事处提出申请。情况特殊的可由儿童所在村（居）民委员会或其他受监护人委托的近亲属申请。

(二) 逐级审核

1. 镇人民政府、街道办事处负责办理本辖区内户籍重病儿童生活补贴申请，在 15 个工作日内完成初审。初审材料（居民身份证、居民户口簿、银行账户、诊断证明、病历档案等资料）通过初审通过后提交区民政局组织进行审核。

2. 区民政局自接收到各镇人民政府、街道办事处初审材料进行复审，必要时入户核查进行定审。在 15 个工作日内作出确认。对符合保障条件的，区民政局应从确认的次月起纳入保障范围，不符合保障条件的，应当书面说明理由。

(三) 信息公开

区民政部门完成审定后，将保障对象信息通过村务公开栏、社区公开栏等予以公示，并定期更新保障对象信息。公开内容包括重病儿童姓名、保障类型、保障金额和发放起始月份等，但不得公开与保障审核无关的信息。对公开内容有异议且能提供有效证明材料的，区民政部门自接到异议之日起 10 个工作日内，组织重新调查核实，并将调查结果通过上述公开的形式予以公布。

(四) 补贴发放

经资格审定合格的重病儿童本生活补贴实行按月发放，发放时间为每月 25 日前，保障金采取社会化形式发放，由区财政部门通过银行、信用社等代理金融机构，结合低保存折、社会保障卡、“一卡通”等多种形式，直接转账存入重病儿童的账户，资金摘要内容统一注明为“重病儿童补贴+发放月份”。代理金融机构不得以任何形式向重病儿童生活补贴家庭或个收取账户管理费用。

四、法律责任

1. 采取虚报、隐瞒、伪造等手段骗取保障资金的本人及其他监护人，失信行为将记入信用记录，并通过公共信用信息共享平台予以公开。

2. 为他人申请重病儿童基本生活补贴出具虚假证明材料的，由审批机关将有关情况依照国家和省有关规定记入当事人信用档案，并通过公共信用信息共享平台予以公开。

五、停止发放

重病儿童对象有以下情况之一的，自情况发生的次月起，停止发放重病儿童生活保障金：

1. 重病儿童经医治康复或好转、已不属于重病范畴的；
2. 死亡或者宣告死亡的；
3. 本人自愿申请停止发放的；
4. 户籍迁出源城区的；

对申请材料弄虚作假的，当月停止发放，同时追回违规享受的保障金。

本通知由区民政局负责解释。

本通知自印发之日起实施，有效期 1 年。

附：源城区重病重残儿童基本生活补贴申请表

2021 年 5 月 27 日

源城区重病重残儿童基本生活补贴申请表

编号：

| | | | | | | |
|--------------|--|-------|----|----------|-----------|------|
| 姓名 | | 性别 | | 近期 免冠 | | |
| 出生日期 | | 民族 | | | | |
| 户籍状况 | | 户籍所在地 | | | | |
| 申请日期 | | 身份证号 | | | | |
| 儿童现住址 | | | | | | |
| 儿童身体状况 | <input type="checkbox"/> 重残： <input type="checkbox"/> 视力残疾 <input type="checkbox"/> 听力残疾 <input type="checkbox"/> 言语残疾 <input type="checkbox"/> 智力残疾 <input type="checkbox"/> 肢体残疾 <input type="checkbox"/> 精神残疾 <input type="checkbox"/> 多重残疾 等级：_____ | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 重病_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | |
| 儿童工学情况 | <input type="checkbox"/> 学龄前 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中或职业高中 <input type="checkbox"/> 技校 <input type="checkbox"/> 中专 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 本科及以上 <input type="checkbox"/> 失学 <input type="checkbox"/> 特教 <input type="checkbox"/> 无就学能力 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 就业 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | | | |
| 履行监护 责任人员 | 姓名 | 性别 | 关系 | 身份证号码 | 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 | 身份证号码 | 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 | <p>(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)</p> <p style="text-align: right;">(签名)</p> | | | | | |
| 乡镇人民政府 (街道办事处) 查验意见 | <p>经查验, _____ 符合源城区重病重残儿童保障条件, 建议予以确认。</p> <p>经办人: 查验人: 负责人: (单位盖章)</p> <p style="text-align: right;">查验日期: _____ 年 ___ 月 ___ 日</p> | | | | | |
| 县级以上民政部门确认意见 | <p>经复核, _____ 符合源城区重病重残儿童保障条件, 予以确认, 从 _____ 年 _____ 月起发放基本生活费补贴。</p> <p>经办人: 复核人: 确认人: (单位盖章)</p> <p style="text-align: right;">确认日期: _____ 年 ___ 月 ___ 日</p> | | | | | |