附件2

编号：

北京市困境家庭服务对象入住

社会福利机构补助申请表

所在区： 街道（乡镇）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 近期2寸免冠照片 |
| 出生日期 |  | 民族 |  |
| 居民身份证号码 |  |
| 是否有残疾人证 |  |
| 户口所在地 |  |
| 现家庭住址 |  |
| 联系电话 |  | 手机 |  |
| 户籍性质 |  □农业 □非农业 |
| 申请人身份性质 |  |
| 申请委托人姓名＊ |  | 与申请人关系 |  | 联系电话 |  |
| 家庭成员基本信息 | 姓名 | 与申请人关系 | 工作单位 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 拟选机构名称 |  |
| （申请人户口簿、居民身份证、最低生活保障金领取证复印件黏贴处） |
| ＊选填项 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **承 诺 书**本人 （姓名）（与申请人关系为 ）在此郑重承诺：1. 保证申请人入住机构期间，一旦患有精神病或传染病或存在其他不宜入住机构情况时，将自愿、无条件与机构终止服务合同，暂时放弃入住社会福利机构补助待遇；2. 保证在申请人出现疾病、申请人单方面原因造成的意外伤害、自然死亡等需要办理就医手续或处理相关善后事宜等重大或紧急情况时，会在第一时间主动配合社会福利机构工作，承担法定义务；3. 保证并督促申请人遵守行业法规规章和社会福利机构内部管理制度，遵守《北京市困境家庭服务对象入住社会福利机构补助实施办法》有关规定；4. 诚实守信，保证在申请人被取消低保、低收入待遇、死亡或其他原因终止服务合同以及临时出院（10日及以上）等引起补助情况发生变化时，于3日内主动报告申请人户口所在地街道办事处（乡镇人民政府）民政科和区民政局。违反以上承诺，本人自愿承担由此产生的相关后果和法律责任。承诺人签字： 承诺日期： 年 月 日 |
| 街道（乡镇）民政科受理人签名：  受理日期： 年 月 日 |

填写说明：1.所有信息以填表时状态为准；

2.申请人在符合实际情况□打“√”；3.本表格一式两份。