附件6

准予补助告知书

：

您于 年 月 日向我局提交了北京市困境家庭服务对象入住社会福利机构补助申请材料。经审查，您符合《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》规定的条件，准予享受入住社会福利机构补助。自 年 月 日起，6个月内，入住 （机构名称），可以享受本补助待遇。

超出6个月，未入住 （机构名称），本次审核给予的补助待遇自动终止。如需继续享受本补助，可依据以上补助办法第五条规定程序和要求，提请复核。

特此告知。

北京市 区民政局

年 月 日

北京市民政局送达回证

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受送达人 |  | 事  由 |  |
| 送达文件名称：北京市困境家庭服务对象入住社会福利机构补助审核结果《准予补助告知书》 |  | | |
| 送达方式 |  | | |
| 送达地点 |  | | |
| 送达日期 | 年   月   日 | | |
| 送达人 |  | | |
| 收件人签名  或  盖  章 | 年   月   日 | | |
| 备注 |  | | |

不予补助告知书

：

您于 年 月 日向我局提交了关于北京市困境家庭服务对象入住社会福利机构补助申请材料。经审查，由于 ，您不符合《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》规定的条件（“21.建议明确具体条款”。），决定不予入住社会福利机构补助。

如对本决定不服，可于收到本告知书之日起60日内向——区人民政府或市民政局提出行政复议，也可自收到本告知书之日起3个月内向—区人民法院提起行政诉讼。

特此告知。

北京市 区民政局

年 月 日

北京市民政局送达回证

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受送达人 |  | 事  由 |  |
| 送达文件名称：北京市困境家庭服务对象入住社会福利机构补助审核结果《不予补助告知书》 |  | | |
| 送达方式 |  | | |
| 送达地点 |  | | |
| 送达日期 | 年   月   日 | | |
| 送达人 |  | | |
| 收件人签名  或  盖  章 | 年   月   日 | | |
| 备注 |  | | |