附件2

海淀区困难老年人入住养老机构补助申请表

街道（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 |  | | | | | | |
| 户口所在地 |  | | | | | | |
| 现家庭住址 |  | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | | |
| 户籍性质 | □农业 □非农业 | | | | | | | | |
| 申请类型 | □低保家庭重度失能老年人  □低收入家庭中的重度失能老年人 | | | | | | | | |
| 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 | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |
| 拟选定点机构名称 |  | | | | | | | | |
| （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） | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **承 诺 书**  本人 （姓名）（与申请人关系为 ）在此郑重承诺：  1.保证申请人材料真实；  2.保证申请人入住定点养老机构期间，一旦患有精神病或传染病或存在其他不宜入住养老机构情况时，将自愿、无条件与机构终止养老服务合同，暂时放弃入住养老机构补助待遇；  3.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养老机构工作，承担法定义务；  4.保证并督促申请人遵守行业法规规章和养老机构内部管理制度，遵守《海淀区困难老年人养老救助办法》有关规定；  5.诚实守信，保证在申请人被取消低保待遇、死亡或其他原因终止养老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（镇）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。  申请人（承诺人）签字： 承诺日期： 年 月 日 |