附件1

深圳市计划生育特殊家庭扶助金申请（变更）表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | 性别 |  | | 配偶姓名 | |  | | （相 片） | |
| 出生年月 | | 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | |
| 结婚时间 | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | |  | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | |
| 发放银行 | |  | | | | 银行账号 | |  | | | | |
| 生育或收养子女情况 | | | | | | | | | | | | |
|  | 姓名 | | 性别 | 出生时间 | | | 收养时间 | | | 死亡/伤残  时间 | | 伤残  等级 |
| 生育子女 |  | |  | 年 月 日 | | | - | | | 年 月 日 | |  |
| 收养子女 |  | |  | 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | 年 月 日 | |  |
| 申请  理由 | 独生子女死亡  独生子女伤残 | | | | | | 社区工作站  （居委会）  意见 | | | 经办人：  年 月 日 | | |
| 街道卫生健康部门意见 | 经办人：  年 月 日 | | | | | | 区卫生健康  行政部门  意见 | | | 经办人：  年 月 日 | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | |

申请人签名： 电话： 年 月 日

注：1.此表一式三份，社区工作站（居委会）、街道办事处、区卫生健康行政部门各存一份。

2.夫妻双方的户籍在同一区但不在同一个街道的，向女方户籍所在地申请；夫妻双方户籍不在同一个区的，分别向各自户籍所在地提出申请。再婚夫妻，由双方分别申请。

3.提交申请表时需一并提交夫妻双方的身份证、户口簿、结婚证、独生子女父母光荣证、收养证或收养公证书、独生子女的残疾人证或死亡证明等材料的原件和复印件。

4.离异或丧偶的单亲家庭，在“备注”栏中注明，并提供离婚证或配偶的死亡证明。

附件2

福田区计划生育家庭紧急呼叫救援装置申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | 性别 | | |  | | 配偶姓名 | | |  | | | 免冠1寸  近照 |
| 出生年月 | | 年 月 日 | | | | | | | 年   月  日 | | | | | |
| 结婚时间 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | |  | | | | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 收入情况 | | 月收入 | | |  | | | | | | 年收入 | | |  | |
| 生育或收养情况 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生育子女 | 姓名 | |  | | | 性别 | | | |  | | | 年 月生 | | |
| 收养子女 | 姓名 | |  | | | 性别 | | | |  | | | 年 月生 | | |
| 申请  理由 |  | | | | | | | | | 社区居委会意见 | | |  | | |
| 户籍地派  出所意见 | 审核人签名            盖章 | | | | | | | | | | | | | | |
| 街道卫生  健康部门  意见 |  | | | | | | | | | 区卫生健康局意见 | | |  | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | | | | |

申请人签名： 电话： 年 月 日

注：1.此表一式三份，社区居委会、街道卫生健康部门、区卫生健康局各存一份。

2.由其本人向户籍地社区居委会提出申请。

3.提交申请表时需提交本人户口本、身份证证明，查验原件，留存复印件。

附件3

福田区计划生育家庭照料补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | 性别 |  | 配偶姓名 | |  | | 免冠1寸  近照 |
| 出生年月 | | 年 月 日 | | | | 年 月 日 | | | |
| 结婚时间 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | |  | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | |
| 收入情况 | | 月收入 | |  | | | 年收入 | |  | |
| 生育或收养情况 | | | | | | | | | | |
| 生育子女 | 姓名 | |  | | 性别 |  | | 年 月生 | | |
| 收养子女 | 姓名 | |  | | 性别 |  | | 年 月生 | | |
| 申请  理由 |  | | | | | 社区居委会  意见 | |  | | |
| 社会办  养老机构审核意见 | 审核人签名 盖章 | | | | | | | | | |
| 街道卫生健康部门意见 |  | | | | | 区卫生健康局意见 | |  | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | |

申请人签名： 电话： 年 月 日

注：1.此表一式三份，社区居委会、街道卫生健康部门、区卫生健康局各存一份。

2.由其本人向户籍地社区居委会提出申请。

3.提交申请表时需提交本人在社会办养老机构接受照料收费票据证明，查验原件，留存复印件。

附件4

福田区计划生育家庭特病扶助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | 性别 | |  | 配偶姓名 | | |  | | 免冠1寸  近照 |
| 出生年月 | | 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| 结婚时间 | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | |  | | | | |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | |
| 收入情况 | | 月收入 | | |  | | | | 年收入 | |  | |
| 生育或收养情况 | | | | | | | | | | | | |
| 生育子女 | 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 年 月生 | | |
| 收养子女 | 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 年 月生 | | |
| 申请  理由 |  | | | | | | | 社区居委会意见 | |  | | |
| 区卫生健康局医政科意见 | 审核人签名 盖章 | | | | | | | | | | | |
| 街道卫生健康部门意见 |  | | | | | | | 区卫生健康局意见 | |  | | |
| 备注 |  | | | | | | | | | | | |

申请人签名： 电话： 年 月 日

注：1.此表一式三份，社区居委会、街道卫生健康部门、区卫生健康局各存一份。

2.由其本人向户籍地社区居委会提出申请。

3.提交申请表时需提交本人特病病历、治疗资料证明，查验原件，留存复印件。

附件5

福田区计划生育家庭特别扶助对象登记表

福田区 街道 社区居委会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 结婚时间 | 生育或收养情况 | | | | 子女现状 | | | | 备注 |
| 生育∕收养 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 死亡 | | 残疾 | |
| 时间 | 原因 | 等级 | 原因 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核单位负责人： 填表人： 填表时间： 年 月 日

注：1.本登记表由社区居委会填写，如实反映本社区扶助对象的动态情况。

2.扶助对象情况发生变化的，社区居委会在当月报街道卫健部门。本表一式三份，社区居委会、街道卫生健康部门、区卫生健康局各一份。

3.新增、迁入、死亡和迁出的，在“备注”栏中注明具体时间，迁入、迁出的注明对应地址，资格终止的在“备注”栏中注明具体原因，如再生育、收养、子女康复、收入增加；

病残子女死亡的，记入“新增”类，并在“备注”栏中注明。

附件6

福田区计划生育家庭特别扶助对象情况变更登记表

福田区 街道 社区居委会

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 类型 | 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 结婚时间 | 生育或收养情况 | | | | 子女现状 | | | | 备注 |
| 生育∕收养 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 死亡 | | 残疾 | |
| 时间 | 原因 | 等级 | 原因 |
| 新增 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 迁入 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 死亡 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 迁出 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 资格终止 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核单位负责人： 填表人： 填表时间： 年 月 日

注：1.本登记表由社区居委会填写，如实反映本社区扶助对象的动态情况。

2.扶助对象情况发生变化的，社区居委会在当月报街道卫生健康部门。本表一式三份，社区居委会、街道卫生健康部门、区卫生健康局各一份。

3.新增、迁入、死亡和迁出的，在“备注”栏中注明具体时间，迁入、迁出的注明对应地址，资格终止的在“备注”栏中注明具体原因，如再生育、收养、子女康复、收入增加；

病残子女死亡的，记入“新增”类，并在“备注”栏中注明。