

附件

广州市特殊困难老年人入住养老机构
资助申请表

姓 名		身 份 证 号 码	
性 别		社 保 卡 号	
民 族		身 份 类 型	☐ 三无 ☐ 五保 ☐ 低保 ☐ 低收入 ☐ 高龄 ☐ 其他（请填写_____）
出 生 年 月		是否愿意入	☐ 愿意
开 始 轮 候 时 间		住 定 点 民 办 养 老 机 构	☐ 自愿放弃
籍 贯		婚 姻 及 家 庭 状 况	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 丧偶 ☐ 离婚 ☐ 子女（请填写_____）
户 籍 所 在 地	区 街(镇) 路 号 室		
	所属街道/社区：		
居 住 地 址	区 街(镇) 路 号 室		
	所属街道/社区：		
邮 编		住 宅 电 话	
		移 动 电 话	
代 理 人 姓 名		与 申 请 人 关 系	
代 理 人 地 址	区 街(镇) 路 号 室		
邮 编		住 宅 电 话	
		移 动 电 话	
身 体 状 况	☐ 轻度失能 ☐ 中度失能 ☐ 重度失能		

诚信承诺	本人承诺以上所填资料内容全部属实。如有弄虚作假行为，自愿取消本人申请资助资格。 填报人： 申请人： 日期： 年 月 日
养老机构 审核意见	单位（盖章） 签名： 日期： 年 月 日
区民政部门 审核意见	单位（盖章） 签名： 日期： 年 月 日
市民政部门 审核意见	单位（盖章） 签名： 日期： 年 月 日