附件1

因病致贫重病患者申请及授权承诺书（样表）

本人姓名 ，患有 ， 年 月 日至 年 月 日就医治疗，由此产生的高额医疗费用导致我的基本生活出现严重困难。现申请认定因病致贫重病患者（或：现委托 代为申请认定因病致贫重病患者）。

本人及共同生活的家庭成员授权、委托因病致贫重病患者审核确认机关及其指定的收入核对机构，对本家庭成员的收入、财产和因病支出、医保支付等相关信息进行核对，包括但不限于入户调查和到医保、公安、人社、住建、交通、市场监管、税务、自然资源、公积金中心、银行、保险、证券等部门和机构进行核查比对。授权有效期从提出申请之日起至终止因病致贫重病患者身份之日止。

本人及共同生活的家庭成员保证，所提供的全部信息真实、完整、准确，愿意接受有关部门调查，如虚报、隐瞒、伪造申请材料，骗取医疗救助，本人及共同生活的家庭成员愿意接受相应处罚，并自愿接受纳入信用信息共享平台实施联合惩戒等措施，自愿承担相应法律责任。

申请人或委托代理人签字（按捺指纹）： 联系电话：

注：有民事行为能力的申请人应当由本人签字并按捺指纹；无民事行为能力的，应当由委托代理人签字并按捺指纹。

附件2

因病致贫重病患者申请审核确认表（样表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 身份证号 |
|
| 户籍地 |  | 家庭人口 |  |  |
| 居住地 |  | 联系电话 |  |
| 共同生活家庭成员情况 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 与申请人关系 | 健康（残疾、患病）状况 | 是否具有劳动能力 | 就业（上学）情况 | 就业成本 | 身份证号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 非共同生活赡（抚/扶）人情况 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 与申请人关系 | 健康（残疾、患病）状况 | 是否具有劳动能力 | 就业（上学）情况 | 年赡（抚扶）养费 | 身份证号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭收入支出情况 | 家庭收入（元） | 工资性收 入 |  | 经营净收入 |  | 家庭总收入（扣除之后） |  |
| 财产净收 入 |  | 转移净收入 |  |
| 因学刚性支出 |  | 因残刚性支出 |  | 就业成本 |  |
| 医疗费用（元） | 总医疗费用 |  | 基本医保报销 |  | 政策范围内个人自付费用 |  |
| 大病保险报销（含职工大额补充保险和公务员医疗补助） |  |
| 核算情况 | 扣除政策范围内个人自付医疗费用之后共同生活家庭成员年人均收入 |  |
| 家庭财产状况 | 金额资产（元） | 存款和现金： 有价证券： 债权： 网络金融资产：  | 是否超标 | 超标□ 未超标□ |
| 房产情况 | 居住用房共 套（其中：商品房 套；自建房 座）；车库（位） ；出租情况 。 | 是否超标 | 超标□ 未超标□ |
| 机动车辆 | 轿车□ 货车□ 农用车□ 面包车□ 拖拉机□ 其他（ ） | 是否超标 | 超标□ 未超标□ |
| 经营办理市场主体情况 | 企业□ 个体工商户□ 专业合作社□ 其它（ ） | 是否超标 | 超标□ 未超标□ |
| 个人申请 | 本人申请认定因病致贫重病患者，授权、委托相关核对机构对包括但不限于本家庭的收入、财产、因病支出、医保支付等信息进行核对，承诺所提供的全部信息真实、完整、准确，愿意接受有关部门调查，并自愿承担相应法律责任。 申请人签字： 年 月 日 |
| 入户调查 |   经调查，初步判定申请人： □符合认定条件 □不符合认定条件   乡镇（街道）调查人员签字： 包村（社区）干部签字：  协助调查人员签字： 年 月 日 |
| 公开公示 | 公示情况 | 有异议□ 无异议□ | 异议核实情况 |   |
| 乡镇街道审核意见 |  经调查、审核、公示无异议，拟同意将 村（社区） 组（社） 号 认定为因病致贫重病患者。   盖 章 年 月 日 |
| 经办人 |  | 负责人 |  | 分管领导 |  |
| 县级民政部门意见 |   经审查，同意将 乡镇（街道）村（社区）组（社）号认定为因病致贫重病患者。 盖 章 年 月 日 |
| 审核人 |  | 分管领导 |  |
| 县级医保部门意见 |   经审查，同意将 乡镇（街道）村（社区）组（社）号认定为因病致贫重病患者，按照政策规定给予医疗救助。 盖 章 年 月 日 |
| 审核人 |  | 分管领导 |  |

附件3

因病致贫重病患者审核公示单（样表）

|  |
| --- |
|  你村（社区）下列人员申请认定因病致贫重病患者，现将审核等有关情况予以公示，接受社会监督。如有异议，请尽可能提供事实依据，可直接向乡镇（街道）反映。 公示时间： 年 月 日至 年 月 日（公示期为7天） 乡镇（街道）举报电话：  乡镇（街道）（盖章） 年 月 日 |
| 序号 | 申请人姓名 | 家庭所在村（社区） | 家庭人口数 | 拟认定人口数 | 拟认定人姓名 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

附件4

不予批准因病致贫重病患者身份告知书（样表）

（ 年第 号）

 乡镇（街道） 村（社区） 先生（女士）：

您于 年 月 日提交因病致贫重病患者认定申请，经调查审核，您因为：

等原因，不符合因病致贫重病患者认定条件，不予批准。

若不服本告知书，可自收到本告知书之日起15日内向我单位提出复查申请。

送 达 人：

本人签字：

 审批单位（盖章）

 年 月 日

（本告知书一式三份，县级民政部门、乡镇（街道）各留存一份，申请人留存一份）