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）