

附件 1

龙湖镇养老院特殊对象申请入住费用补助审批表

姓 名		性 别		对象类别		身份证 号码	
户 籍 地 址					联系方 式		
家庭成员	姓名	性 别	出生年月	与申请人关系		职业及收入	
申请理由	申请人 (签名盖手印): 年 月 日						
村委 会意 见	负责人 (签字): (公章) 年 月 日						
社会 事 务 办 审 核 意 见	负责人 (签字): (公章) 年 月 日						
镇 政 府 审 批 意 见	负责人 (签字): (公章) 年 月 日						

备注: 1.申请者必须用黑色签字笔如实填写本表, 所有内容必须填写完整, 不得为空, 否则予以退回; 2.需提供本人身份证件、户口簿、低保证或特困人员救助供养证复印件、特困人员还需提供《晋江市特困人员生活自理能力评估表》; 3.本表一式三份, 镇、村及养老院各持一份。

附件 2

晋江市特困人员集中供养委托照料协议书

甲方（镇人民政府或街道办事处）：_____

乙方（托养服务机构）：_____

丙方（被照料人或其监护人）：_____

为了更好地做好特困人员集中供养服务工作，经甲、乙、丙三方充分协商，特订如下委托照料协议：

一、被照料人_____，性别____，年龄____，地址：
晋江市_____龙湖镇_____村_____，按《晋江市民政局关于进一步落实特困人员救助供养制度的通知》（晋政民〔2019〕63号）、《福建省特困人员认定办法》（闽民救〔2021〕127号）文件规定，已由我镇认定为□完全丧失生活自理能力 □部分丧失生活自理能力 □具备生活自理能力，且其□具备民事行为能力 □不具备民事行为能力，现征得丙方同意，由甲方委托乙方进行集中照料。

二、乙方应按照救助供养基本生活标准，为被照料人提供衣、食、住等方面的生活照料，不得侵害被照料人的合法权益。

三、乙方需每月向甲方提供被照料人的近况信息，包括生活照片、正常饮食情况、生活自理能力变化情况等。

四、如被照料人生病，需住院治疗时，乙方需及时送医，垫付住院押金以及提供必要的住院照料。同时，需在住院后 24 小时内通知甲方和被照料人的监护人，后续费用按基本医疗保险、大病保险、医疗救助及临时救助等保障制度规定进行支付。

五、如被照料人死亡，乙方应及时通知甲方和被照料人监护人，并协助甲方或被照料人监护人为被照料人办理基本殡葬服务费用减免手续。被照料人的监护人或亲属提出超出基本殡葬服务减免项目要求的，超出项目费用由其监护人或亲属自行承担。

六、甲方应加强对被照料人的合法权益的保护，定期检查乙方的照料工作，有权对乙方的照料行为进行监督、追究。

七、甲方应充分征询被照料人意愿，按月将被照料人特困供养金统一直接拨付至□被照料人账户；□被照料人指定的监护人账号，由监护人全权负责被照料人在乙方集中供养期间的费用。

八、丙方可对乙方的照料行为提出意见，经三方协商后，在本协议其他需明确事项中增补进行明确。

九、如其中一方要求修改或终止协议，需提前一个月向另外两方书面提出要求。

十、其他需明确事项：_____

三方均完成签字后此协议随即生效，各方必须信守本协议，如有违约，由违约方负全部法律、经济责任；如被照料人死亡，该协议自然终止。本协议一式四份，甲、乙、丙三方各执一份，报晋江市民政局备案一份，甲方同时将该协议上传至“福建省社会救助综合服务平台”对应模块进行备案。

甲方签字（公章）：

乙方签字（公章）：

丙方签字（指模）：

年 月 日

