附件1

威海市2024年度“阳光洒满窗·家家悦”

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | | |  | 年龄 | | 周岁 | | | | 联系电话 | |  | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | 家庭住址 | | | |  | | | |
| 家庭成员情况（ 人） | | 姓 名 | | 与本人关系 | | | | 工作单位 | | | | | | | 联系电话 | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  | |
| 家庭  年收入 | | 元/年 | | 家庭月人均  可支配收入 | | | | 元/月 | | | 家庭金融  资产情况 | | | 元 | | |
| 本人开户银行及开卡城市 | |  | | | | | | | 银行卡号 | | | |  | | | |
| 大病重残基本情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否在应就业年龄段内 | | |  | | 是否因大病重残原因长期卧床需家人照料护理 | | | | |  | | 是否具有我市户籍 | | | |  |
| 是否未纳入城乡低  保或特困供养人员 | | |  | | 是否家庭月人均可支配收入低于威海市最低工资标准2200元/月 | | | | |  | | 是否2人以下家庭金融资产总额未超过年低保标准12倍，3人以上家庭人均金融资产未超过年低保标准8倍 | | | |  |
| 村（居）委会意见 | | | | | | | | | 镇政府（街道办事处）意见 | | | | | | | |
| 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | 年 月 日  （盖章） | | | | | | | |
| 区（市）民政部门（慈善总会）意见 | | | | | | | | | 市慈善总会意见 | | | | | | | |
| 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | 年 月 日  （盖章） | | | | | | | |

关爱行动救助申请表