

运城市民政局

运民函〔2022〕25号

运城市民政局 关于进一步规范经济困难的高龄和失能老年人 补贴发放工作的通知

各县（市、区）民政局：

为进一步强化经济困难的高龄和失能老年人管理工作，规范补贴资金发放流程，优化困难群众申请补贴环节，依据《运城市人民政府办公厅关于建立全市经济困难的高龄与失能老年人补贴制度及提高百岁以上老年人补贴标准的通知》（运政办发〔2015〕87号）、《关于提高经济困难的高龄和失能老年人补贴标准的通知》（运民发〔2019〕35号），现就有关事项通知如下：

一、补贴对象及标准

（一）全市城乡低保家庭中80周岁（含）至99周岁（含）的老年人，每人每月补贴50元。

（二）全市城乡低保家庭中60周岁（含）至99周岁（含）的失能老年人，每人每月补贴100元。

失能老年人是指经过专业机构评估或经县级以上有资质的

医疗卫生机构鉴定,生活完全不能自理、必须依赖他人长期照料的老年人。

鼓励有条件的县(市、区)可适度提高补贴标准。根据《中华人民共和国老年人权益保障法》,对已实施高龄补贴的县(市、区),其补贴标准高于此标准的,按原标准执行。对已享受低保待遇的高龄和失能老年人,其补贴只可叠加,不能冲抵。对既高龄又失能的老年人,按照就高不就低原则享受每人每月100元补贴。

二、补贴发放流程

(一) 申请/备案程序

1. 城乡低保家庭中80周岁(含)至99周岁(含)的老年人补贴采取备案制。各县(市、区)民政局每月通过低保信息系统、低保人员花名册等形式进行年龄筛查,将符合补贴条件的人员纳入享受范围,并从年满80周岁的次月开始发放补贴资金。发放高龄补贴的当月,县(市、区)民政局应告知相关乡镇(街道),乡镇(街道)接到反馈后,于当月向县级民政部门提交《运城市经济困难高龄补贴备案表》及享受高龄补贴人员身份证复印件,并告知服务对象新增享受补贴的类别和金额。

2. 城乡低保家庭中60周岁(含)至99周岁(含)的失能老年人,可由本人或亲属代为到户籍所在地的乡镇(街道)进行申请,并提交以下材料:

(1)《运城市经济困难失能补贴申请表》;(2)申请人身份

证、户口簿复印件一份(带原件备查);(3)专业机构或县级以上医疗卫生机构出具的失能诊断证明复印件一份(带原件备查)。

(二) 审批程序(仅限经济困难失能补贴)

1. 乡镇(街道)审核。乡镇(街道)接到申请人提交的相关申请材料后,要对申请人的情况进行审核,并在5个工作日内签署审核意见,报县(市、区)民政局,不符合条件的书面告知本人。

2. 县(市、区)民政局核准。县(市、区)局收到乡镇(街道)的审核材料后,经过复核,在5个工作日内进行核准,不符合条件的书面告知乡镇(街道)。

(三) 补贴发放

为了保证专款专用,补贴资金采取社会化发放方式,可通过现行低保资金途径发放。

三、工作要求

各县(市、区)要高度重视补贴发放工作,抓好责任落实,严格执行补贴范围和要求,认真评估,加强审核,不得将不符合条件的老年人列入补贴范围,严禁弄虚作假。

附件: 1. 运城市经济困难高龄补贴备案表

2. 运城市经济困难失能补贴申请表



附件 1

运城市经济困难高龄补贴备案表

| | | | | | | | |
|----------------|---------------------|-----|------|---------------|------|-------------|--|
| 姓 名 | | 性 别 | | 出生 年月 | | 所属村 (社区) | |
| 身份证 号 码 | | | | 联系电话 | | | |
| 家庭 住址 | | | | | | | |
| 家庭 主要 成员 | 姓名 | 称谓 | 工作单位 | | 联系电话 | 备注 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 补助 类型 | 城乡低保家庭中的高龄老年人：50元/月 | | | | 执行时间 | | |
| 乡镇(街道办) | | | | 县(市、区)民政局 | | | |
| 年 月 日 (盖章) | | | | 年 月 日 (盖章) | | | |

附件 2

运城市经济困难失能补贴申请表

| | | | | | | | |
|----------------|----------------------|-----|------|---------------|------|-------------|--|
| 姓 名 | | 性 别 | | 出生 年月 | | 所属村 (社区) | |
| 身份证 号码 | | | | 联系电话 | | | |
| 家庭 住址 | | | | | | | |
| 家庭 主要 成员 | 姓名 | 称谓 | 工作单位 | | 联系电话 | 备注 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 补助 类型 | 城乡低保家庭中的失能老年人：100元/月 | | | | 执行时间 | | |
| 乡镇(街道办)审核 | | | | 县(市、区)民政局核准 | | | |
| 年 月 日 (盖章) | | | | 年 月 日 (盖章) | | | |