

## 沂源县人民政府办公室

# 关于进一步加强对特殊困难家庭人员救助的实施意见

源政办发〔2020〕5号

各镇人民政府，各街道办事处，开发区管委会，县政府各部门，各企事业单位：

为加强对全县特殊困难家庭人员生活兜底保障，进一步提升他们的生活水平和质量，使他们能够更体面更有尊严地生活，根据市政府办公室《关于进一步加强对特殊困难家庭人员救助的意见》（淄政办字〔2020〕21号）和市民政局等9部门《关于贯彻落实〈关于进一步加强对特殊困难家庭人员救助的意见〉有关问题的通知》（淄民〔2020〕26号）文件规定，结合我县实际，经县政府同意，现提出如下实施意见：

### 一、救助范围及人员

特殊困难家庭人员，主要是指在城乡低保、扶贫开发、医疗救助、教育助学等各类社会救助政策落实之后，日常生活仍然存在突出困难的城乡居民家庭人员。

主要包括以下人员：

(一) 城乡低保，农村建档立卡贫困家庭，即时帮扶人口中的重度、中度、轻度失能人员。

(二) 城乡特困供养对象。

(三) 城乡低保边缘家庭中的重度、中度失能人员。城乡低保边缘家庭，是指家庭年人均可支配收入在城乡低保年标准 2 倍以内且家庭财产符合当地城乡低保申请家庭经济状况认定标准，而赡养人不具备照料能力或只有 1 名抚（扶）养人具备照料护理能力的城乡居民家庭。

(四) 因伤因病造成持续支出型困难家庭中的重度失能人员。持续支出型困难家庭，是指家庭当年可支配收入（申请救助之日起前 1 年）扣除当年家庭成员个人自负医疗费用（符合社会医疗保险支付范围，经社会医疗保险支付后的费用）后，年人均可支配收入在城乡低保年标准 2 倍以内，且家庭财产符合当地城乡低保申请家庭经济状况认定标准，而赡养人不具备照料能力或只有 1 名抚（扶）养人具备照料护理能力的城乡居民家庭。

(五) 符合上述救助条件特殊困难家庭中的在校大学生以及孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童等在校大学生。

## **二、救助方式及标准**

(一) 对失能人员提供基本生活照料。救助标准分别按城市每人每小时 15 元、农村每人每小时 10 元进行补助。救助方式坚持居家照料为主、集中供（托）养为辅原则，对于自愿选择且符合集中供养条件的城乡特困失能人员，由政府安排

到供养机构集中供养; 并对“两便”不能自理且长期瘫痪在床的失能人员, 发放被褥、床单、毛巾及纸尿裤等生活必需品和照料护理用品。救助金由县级统筹使用, 为真正实现照料目的, 采取购买社会服务的方式, 提供规范化照料服务(对常年在县外居住、符合条件的特殊困难家庭失能人员, 补助金发放给其照护人)。

具体分类补助标准如下:

1. 城市低保家庭、特困供养对象中的重度失能人员, 每人每月照料护理时间为 60 小时, 标准为 900 元; 城市低保家庭、特困供养对象中的中度失能人员以及城市低保边缘家庭中的重度失能人员, 每人每月照料护理时间为 45 小时, 标准为 675 元; 城市低保家庭、特困供养对象中的轻度失能人员以及城市低保边缘家庭中的中度失能人员, 每人每月照料护理时间为 30 小时, 标准为 450 元; 因伤因病持续支出型城市困难家庭中的重度失能人员, 每人每月照料护理时间为 30 小时, 标准为 450 元。

2. 农村低保家庭、建档立卡贫困家庭、即时帮扶人口、特困供养对象中的重度失能人员, 每人每月照料护理时间为 60 小时, 标准为 600 元; 农村低保家庭、建档立卡贫困家庭、即时帮扶人口、特困供养对象中的中度失能人员以及农村低保边缘家庭中的重度失能人员, 每人每月照料护理时间为 45 小时, 标准为 450 元; 农村低保家庭、建档立卡贫困家庭、即时帮扶人口、特困供养对象中的轻度失能人员以及农村低保边缘家庭中的中度失能人员, 每人每月照料护理时间为 30 小时, 标准为 300 元; 因病因伤持续支出型农村困难家庭中的重度失能人员, 每人每月照料护理时间为 30 小时, 标准为 300 元。

3.城乡特困供养对象中的全自理人员照料护理每人每月 10 小时，标准为 100 元。

(二) 对特殊困难家庭的在校生给予补助。对城乡低保、特困供养、低保边缘、因伤因病持续支出型家庭、农村建档立卡贫困家庭和即时帮扶人口中的在校生以及孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童等在读学生，统一执行现有教育资助、教育免补、扶贫政策，所有就学费用进行全部免除或补助。在此基础上，分别按义务教育阶段学生每人每年 3000 元；普通高中阶段学生每人每年 3000 元（中职学生继续享受 3000 元定额补助）；高等教育阶段的全日制高职高专、本科每人每年补助到 5000 元，研究生每人每年补助到 6000 元的标准对家庭给予生活补助。

(三) 对特殊困难家庭人员合规的个人自负住院医疗费用，由财政全额承担。

(四) 发放节日慰问金。对于特殊困难家庭中的重度失能人员，在落实好以上政策的基础上，按每人每年 1000 元标准发放节日慰问金。

### **三、人员认定**

按照属地管理原则，根据现有政策规定和部门职责分工，各有关部门分别做好特殊困难家庭人员的认定。县民政部门负责指导各镇（街道）对城乡低保对象、特困供养人员、孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童和低保边缘等特殊困难家庭人员进行认定；医保部门负责指导各镇（街道）对因伤因病造成持续支出型困难家庭人员进行认定；扶贫部门负责指导各镇（街道）对农村建档立卡和即时

帮扶人口中的特殊困难家庭人员认定；教育部门负责指导各镇（街道）对民政、扶贫部门认定的特殊困难家庭学生在校情况进行比对。

在申请特殊困难家庭失能人员基本生活照料待遇时，低保边缘家庭、因伤因病造成持续支出型困难家庭的家庭成员符合下列情形之一的，应视为“不具备照料能力”：

1. 赡（抚、扶）养人为 1 级-2 级重度残疾人，3 级-4 级智力、精神、多重残疾人，重特大疾病患者治疗康复期内，法定哺乳期（一年）内无固定职业妇女；
2. 赡（抚、扶）养人接受大学本科及其以下学历教育的在校生的；
3. 赡（抚、扶）养人年满 70 周岁以上的。

特殊困难家庭中的轻度、中度、重度失能人员，由县民政、扶贫、医保等部门通过政府购买服务确定的第三方专业评估机构，参照民政行业《老年人能力评估》（MZ-T001-2013）进行自理能力评估鉴定：0 级为“能力完好”，1 级对应“轻度失能”，2 级对应“中度失能”，3 级对应“重度失能”。

#### **四、认定程序**

（一）申请程序。对于未经认定的特殊困难家庭人员，须先按相关程序进行家庭类别认定。认定之后，由本人或委托家庭成员向户籍所在地的镇（街道）提出书面申请，分别填写《××镇（街道）特殊困难家庭失能人员基本生活照料申请审批表》《××镇（街道）特殊困难家庭在校学生救助申请审批表》《××镇（街道）特殊困难家庭因伤因病救助申请审批表》，按规定分别提交相关身份证、疾

病诊断（病例或报销单据等）、残疾证、在校就读、不具备照料能力等证明材料，已认定的人员不用提供。对无民事行为能力或本人申请有困难等无法自主申请的申请人，经本人或法定监护人授权后，可以委托法定监护人或村（社区）委员会代为申请。

（二）审核程序。镇（街道）收到申请后，对申请材料齐全、符合规定的，应及时受理；对申请材料不齐全的，应当一次性告知申请人需补充的全部内容；对明显不符合认定条件，不予受理并说明原因。各镇（街道）受理申请后，应当在5个工作日内组织并由村（居）协助对申请人的失能情况以及家庭情况等进行调查核实，最后将初审名单交第三方评估机构复核及评定失能等级。第三方评估机构，参照民政行业《老年人能力评估》（MZ-T001-2013）评定标准逐人逐项进行评估，5个工作日内出具《评估结果报告》并反馈镇（街道），镇（街道）应将评估结果在申请人所属村（居）进行不少于5天的公示。《评估结果报告》应明确评估等级，对有望康复或降低评估等级的评估对象，评估有效期为1年，有效期满重新评估。

（三）审批程序。县民政、扶贫、教育、医保部门根据部门职责分工，加强人员信息比对，指导镇（街道）在5个工作日内完成审批，确保无人员重复享受和遗漏。失能人员从批准次月起享受有关待遇，在校学生从本学期开始享受相关待遇。镇（街道）要对通过审批的特殊困难家庭人员全面建立“一人一档”电子和书面档案，做好人员信息维护和规范管理。

（四）动态管理及终止程序。各镇（街道）对特殊困难家庭人员基本情况定期复核并实行动态管理。存在下列情形之一的，其本人、村（居）或者照料服务

机构应当于3个工作日内告知镇（街道），报镇（街道）民政、扶贫、教育、医保部门核准，由县级相关部门终止相关待遇：不再符合救助条件的；死亡、被宣告失踪或死亡的；依法被判处刑罚，且在监狱服刑的；本人自愿申请停止相关待遇的；相关部门规定的其他情形。对终止待遇的救助对象，由镇（街道）及时给予书面告知，并于次月起终止待遇。

## **五、资金物品保障及发放**

（一）资金保障及发放。特殊困难家庭人员照料护理、生活照料用品、节日慰问、在校学生补助资金、合规的个人自负住院医疗费用以及有关人员生活自理能力评估费用等资金，由财政负担；民政、教育、扶贫、医保、财政部门根据部门职责分工，归口管理做好资金列支、管理和发放（责任划分：节日慰问金和特殊困难家庭失能人员照料护理资金，由民政、扶贫部门负责；在校学生补助资金由教育、扶贫、民政部门分头分工负责；合规的个人自负住院医疗减免费用审核由医保部门负责；生活照料用品和生活自理能力评估费用资金由民政部门负责）。节日慰问、在校学生补助资金按原渠道列支、发放。特殊困难家庭失能人员照料护理资金，参照特困供养对象照料护理资金渠道进行列支；照料护理资金实行县级统筹使用，通过政府购买服务确定第三方照料服务机构，由其对有就业意愿且身体状况符合照料服务条件的人员（城乡低保、农村建档立卡贫困家庭、城乡低保边缘家庭人员优先）进行培训、考核，由通过考核的服务人员负责就近特殊困难家庭失能人员照料护理服务；要采取合法合规的有效手段，确保每个失能人员的照料护理待遇落实到位。特殊困难家庭失能人员生活照料用品，由县民政部门通过公开招标或政府采购确定供货商，由其负责配送至镇（街道）。特殊困难家

庭人员医疗费用，经参保地医保部门审核报销后，其合规个人自负部分凭医保结算凭证，由镇（街道）按规定发放。

（二）生活物品和照料护理用品申领。镇（街道）在对特殊困难家庭人员审批时，要对“两便”不能自理且长期瘫痪在床的失能人员建立电子台账，主动告知申请人填写《失能人员物资申领发放表》，按月申领纸尿裤6包（每包10片），按季申领毛巾、枕巾、床单各1条，按年申领被褥1床，对不方便申领的申请人可以由代理人或村（居）代为申领。镇（街道）要做好物资存储、调配、登记、发放，切实保障特殊困难家庭失能人员的物资供应。

## **六、救助运行机制及保障措施**

（一）建立务实高效的运行机制。按照发现及时、甄别准确、救助到位的原则，建立上下配合、三级联动的运行机制。在社区（村居）层面，成立救助工作站，配备1名民政协理员（网格员），负责主动发现、帮办代办救助申报、协助入户核查和救助对象动态管理等工作。在镇（街道）层面，行使社会救助审批主体责任，统筹负责社会救助的受理、审核、审批、公示和动态管理工作，同时建立完善社会救助综合服务工作平台，强化“一门受理”窗口建设，为各类困难群众提供快捷高效、细致周到的救助工作服务。在县级层面，民政部门履行社会救助工作主体监管责任，负责本级社会救助政策制定、资金发放和政策落实，指导镇（街道）全面开展各项救助工作。

（二）政策衔接机制。享受特殊困难家庭失能人员照料护理待遇的特困供养人员，根据“就高不就低”原则，不再执行《关于贯彻落实鲁政发〔2016〕26

号文件进一步健全特困人员救助供养制度的实施意见》（淄政发〔2017〕20号）文件中的三档照料护理标准。既符合享受职工长期护理保险待遇，又符合享受《关于进一步加强对特殊困难家庭人员救助的意见》（淄政办字〔2020〕21号）救助补助的特殊困难家庭失能人员，不得同时享受两种待遇，可结合本人实际情况，自愿选择其中的一种。《关于进一步加强对特殊困难家庭人员救助的意见》（淄政办字〔2020〕21号）文件中特殊困难家庭人员的失能人员基本生活照料补助、学生补助、节日慰问金、合规的个人自负住院医疗费用减免，属特殊用途的非生活补助资金，不计入家庭收入。

（三）多措并举，确保救助实效。要加强资金保障和监督考核。照料护理、生活用品、节日慰问、在校生补助资金以及有关人员生活自理能力评估费用，由各级财政按比例负担，其中镇级负担总额的5%。要加强监督考核，建立健全公开透明、定期检查、专项审计、群众评议、年终评估、全程监督的考核评估机制，加强对救助资金使用情况的监督管理，严肃查处挤占、挪用、虚报、冒领等违纪违法行。同时公开市、县、镇（街道）三级救助咨询受理电话，对因责任不落实造成严重后果的单位和个人，依法依规追究责任。各相关部门要将特殊困难家庭人员救助工作的落实情况，作为督查督办的重点内容。镇（街道）要与照料服务机构、失能人员（或其代理人）分别签订照料服务协议，明确服务项目、费用标准、责任履行、责任追究等内容，并加强对生活照料服务的监督，确保服务事项落实到位。

（四）切实加强组织领导。充分发挥县、镇（街道）社会救助工作领导小组的统筹协调作用，及时研究制定全县社会救助政策并督导落实。各级、各有关部

门要各尽其职，各负其责，密切配合，形成救助工作的合力，全面提升救助工作管理服务水平。民政部门负责特殊困难家庭人员救助工作的总牵头、总协调，负责对城乡低保、特困供养、低保边缘人群的救助政策落实；财政部门负责救助资金保障工作；医保、卫生健康负责医疗保险、医疗救助、健康扶贫有关救助政策的督促落实工作；扶贫部门负责农村建档立卡贫困家庭和即时帮扶人口的救助政策落实；教育部门负责教育扶贫政策落实；财政、纪检监察、审计部门应加强对救助资金使用情况的监督管理和案件查处。

本实施意见自 2020 年 4 月 24 日起施行，有效期至 2023 年 2 月 28 日。相关规定与之前政策规定不一致的，以本实施意见为准。本实施意见由县民政局商相关部门解释。

- 附件：1. 《××镇（街道）特殊困难家庭失能人员基本生活照料申请审批表》
2. 《××镇（街道）特殊困难家庭在校学生救助申请审批表》
3. 《××镇（街道）特殊困难家庭因病因伤救助申请审批表》
4. 《失能人员物资申领发放表（台账）》

沂源县人民政府办公室

2020 年 4 月 24 日

(此件公开发布)

附件 1

## ××镇（街道）特殊困难家庭失能人员基本生活照料申请审批表

### 一、告知书

申请人（或代理人）须知：

您好，以下内容事关您权益，请仔细阅读。

特殊困难家庭失能人员指在城乡低保、扶贫开发、医疗救助、教育助学等各类社会救助政策落实之后，日常生活仍然存在突出困难的城乡居民家庭人员。主要包括以下人员：

一是城乡低保，农村建档立卡贫困家庭，即时帮扶人口中的重度、中度、轻度失能人员。

二是城乡特困供养对象。

三是城乡低保边缘家庭中的重度、中度失能人员。城乡低保边缘家庭，是指家庭年人均可支配收入在城乡低保年标准 2 倍以内且家庭财产符合当地城乡低

保申请家庭经济状况认定标准，而赡养人不具备照料能力或只有 1 名抚（扶）养人具备照料护理能力的城乡居民家庭。

四是因伤因病造成持续支出型困难家庭中的重度失能人员。持续支出型困难家庭，是指家庭当年可支配收入（申请救助之日起前 1 年）扣除当年家庭成员个人自负医疗费用（符合社会医疗保险支付范围，经社会医疗保险支付后的费用）后，年人均可支配收入在城乡低保年标准 2 倍以内，且家庭财产符合当地城乡低保申请家庭经济状况认定标准，而赡养人不具备照料能力或只有 1 名抚（扶）养人具备照料护理能力的城乡居民家庭。

五是符合上述救助条件的特殊困难家庭在校生以及孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童等在校生。

如果您不是城乡低保、特困供养、低保边缘、因伤因病造成持续支出型困难、农村建档立卡贫困等家庭，和即时帮扶人口、孤儿、重点困境儿童和事实无人抚养儿童范围内的保障对象，请咨询工作人员有关政策和办理条件，先进行家庭属性和类别认定。同时，也希望您能够如实告知家庭人口、收入和财产状况，对隐瞒家庭人口、收入和财产状况，骗取有关待遇的，我们将按法律法规追究当事人责任。

已理解政策及承担责任，请您签字！

申请人（或代理人）签字：

## 二、申请审批表

失能人员 姓名		身份证号		联系方式	
代理人 姓名		身份证号		联系方式	
代理人与失能人员关系				户籍类型	
失能人员家庭住址		镇（街道）	社区（路）	户（号）	
患病名称			残疾类别等级		
家庭类别 (由工作人员填写)	<input type="checkbox"/> 低保家庭 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭 <input type="checkbox"/> 单人户低保 <input type="checkbox"/> 特困供养				
	<input type="checkbox"/> 因伤因病造成持续支出型困难家庭				
	<input type="checkbox"/> 建档立卡贫困家庭 <input type="checkbox"/> 即时帮扶人口 <input type="checkbox"/> 孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童				
家庭情况	赡（抚、扶）养人是否具备照料能力 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				



--	--	--	--	--	--	--	--	--

根据有关规定，失能等级须接受专业人员对本人病情及自理能力的评估。评估人员将登门调查有关情况，并开展查看病历资料、询问病情、查体等工作，根据需要，可能还要录音、录像以及采集指纹信息等，申请人及家属应给予积极配合。本人已认真阅读并同意上述内容，承诺所填信息均真实无误。

申请人签字（指模）：

年 月 日

村(居)调查核实情况及意见：

经办人：

负责人：

(公章)

年 月 日

镇（街道）审核意见：

经办人：

负责人：

(公章)

年 月 日

镇（街道）审批意见

经办人：

镇（街道）负责人：

(公章)

年 月 日

附件 2

××镇（街道）特殊困难家庭在校学生救助申请审批表

在校学生（申请人）姓名		身份证号		联系方式	
代理人姓名		身份证号		联系方式	
代理人与申请人关系				户籍类型	
申请人家庭住址		镇（街道）	社区（路）	户（号）	
在校生就读学校		学段		年级、班级	
患病名称			残疾等级		
家庭类别（由工作人员填写）	<input type="checkbox"/> 低保家庭 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭 <input type="checkbox"/> 单人户低保 <input type="checkbox"/> 特困供养 <input type="checkbox"/> 因伤因病造成持续支出型困难家庭 <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困家庭 <input type="checkbox"/> 即时帮扶人口 <input type="checkbox"/> 孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童				
家庭情况	赡（抚、扶）养人是否具备照料能力 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 备注：    名赡养人；    名抚养人；    名扶养人； 家中是否有患重病或长期住院治疗人员 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 家中有    名残疾人；有    名 60 岁以上老年人；家中有    名在校学生 其他情况：				
已享受政策及标准（由工作人员填写）	<input type="checkbox"/> 低保	<input type="checkbox"/> 特困供养	<input type="checkbox"/> 残疾人两项补贴	<input type="checkbox"/> 建档立卡 （即时帮扶人口）	

人员填写)	元/月	元/月	元/月	元/月
	<input type="checkbox"/> 孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童	<input type="checkbox"/> 医疗救助	<input type="checkbox"/> 临时救助	<input type="checkbox"/> 其他
	元/月	元	元	元
	<input type="checkbox"/> 建档立卡家庭教育补助			
	元/月			

申请人家 庭成员基 本情况	与申请人关系	姓名	年龄	住址	残疾等级	疾病名称	月收入	车(房)等财产情况

根据有关规定，在校学生需提供学校出具的相关证明材料，能够通过教育系统核对到得则不需提供，根据需要，可能还要录音、录像以及采集指纹信息等，申请人及家属应给予积极配合。本人已认真阅读并同意上述内容，承诺所填信息均真实无误。

申请人签字（指模）：

年 月 日

村(居)调查核实情况及意见：

经办人：

负责人：

(公章)

年 月 日

镇（街道）审核意见：

经办人：

负责人：

(公章)

年 月 日

镇（街道）审批意见

经办人：

镇（街道）负责人：

(公章)

年 月 日

附件 3

**××镇（街道）特殊困难家庭因伤因病救助申请审批表**

申请人姓名		身份证号		联系方式	
代理人姓名		身份证号		联系方式	
代理人与申请人关系				户籍类型	
申请人家庭住址		镇（街道）	社区（路）	户（号）	
患病情况					

家庭类别 (由工作人员填写)	<input type="checkbox"/> 低保家庭 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭 <input type="checkbox"/> 单人户低保 <input type="checkbox"/> 特困供养 <input type="checkbox"/> 因伤因病造成持续支出型困难家庭			
	<input type="checkbox"/> 建档立卡贫困家庭 <input type="checkbox"/> 即时帮扶人口 <input type="checkbox"/> 孤儿、重点困境儿童、事实无人抚养儿童			
家庭情况	家中是否有患重病或长期住院治疗人员 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	家中有    名残疾人；有    名 60 岁以上老年人；家中有    名在校学生			
	是否购买商业医疗保险 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	是否通过网络公益平台筹集医疗救助资金 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
已享受政策及标准 (由工作人员填写)	<input type="checkbox"/> 低保	<input type="checkbox"/> 特困供养	<input type="checkbox"/> 残疾人两项补贴	<input type="checkbox"/> 建档立卡 (即时帮扶人口)
	元/月	元/月	元/月	元/月
	<input type="checkbox"/> 孤儿、重点困境儿童、 事实无人抚养儿童	<input type="checkbox"/> 医疗救助	<input type="checkbox"/> 临时救助	<input type="checkbox"/> 各类保险
	元/月	元	元	元
	<input type="checkbox"/> 网络公益平台筹集	<input type="checkbox"/> 其他		
	元/月	元/月		

申请人家 庭成员基	与申请人 关系	姓名	年龄	住址	残疾 等级	疾病名称	月收入	车(房)等 财产情况
--------------	------------	----	----	----	----------	------	-----	---------------

本情况								

根据有关规定，出具的诊断病例、出院结算单据（必须提供原件）相关证明材料，能够通过医保系统核对到得则不需提供，根据需要，可能还要录音、录像以及采集指纹信息等，申请人及家属应给予积极配合。本人已认真阅读并同意上述内容，承诺所填信息均真实无误。

申请人签字（指模）：

年 月 日

村(居)调查核实情况及意见：

经办人：

负责人：

(公章)

年 月 日

镇（街道）审核意见：

经办人：

负责人：

(公章)

年 月 日

镇（街道）审批意见：

经办人：

镇（街道）负责人：

(公章)

年 月 日

附件 4

失能人员物资申领发放表（台账）

村（居）街道：

年 月 日

序号	村、社区	姓名	身份证号	困难 家庭 类型	失 能 等 级	残 疾 等 级	申领物 资名称  (纸尿裤、 被褥、毛 巾、床单 等)	时间	申领人 签字  (指模)

备注：城乡特困集中供养对象不提供纸尿裤、被褥、毛巾、床单等生活物资。