附件1

被收养残疾孤儿继续领取福利保障申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被收养人  基本情况 | 姓 名 | |  | 性 别 | | |  | | （儿童照片） |
| 公民身份证  号码 | |  | | | | | |
| 收养登记证  字号 | |  | 收养关系  成立日期 | | |  | |
| 送养人姓名  或机构名称 | |  | 户籍地址或  儿福机构地址 | | | 市 县 | | |
| 残疾等级、类别 | |  | | | | | | |
| 残疾人证编号 | |  | | | | | | |
| 收养人家庭  基本情况 | 姓 名 | | 与被收养人关系 | 工作单位 | | | 公民身份证号码 | | 联系电话 |
|  | |  |  | | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | |  |
|  | |  |  | | |  | |  |
| 户籍地址 | |  | | | | | | |
| 实际住址 | |  | | | | | | |
| 领取福利保障  发放信息 | 开户银行 | 银行账号 | | | | 领取人 | | 领取人与被收养人关系 | |
|  |  | | | |  | |  | |
| 申请领取的  福利保障待遇 | □ 孤儿基本生活保障 □ 孤儿助学（中央） □ 孤儿助学（省级）  □ 孤儿医疗康复“明天计划” □ 其他\_\_\_\_\_\_  起领年月： | | | | | | | | |
| 申领意愿 | 我\_\_\_\_\_\_（收养人姓名）按相关政策规定，继续申请孤儿福利保障待遇，并承诺将申请的孤儿福利保障相关资金足额用于被收养人。  收养人（签字）： 被收养人（8周岁以上签字）：  日期： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 送养儿童福利  机构、所属  民政部门意见 | 此儿童被收养前的保障待遇发放至\_\_年\_\_月。    主管领导签字：  （儿童福利机构公章）  年 月 日 | | | | 主管领导签字：  （儿童福利机构所属民政部门公章）  年 月 日 | | | | |
| 迁出地县级  民政部门意见  （散居残疾孤儿填写） | 此儿童被收养前的保障待遇发放至\_\_年\_\_月。  主管领导签字：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 被收养残疾孤儿户籍所在地县级民政部门意见 | 主管领导签字：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | |

说明：被收养人基本情况栏中，送养人为自然人的，填写自然人姓名、户籍所在地；送养人为儿童福利机构的，填写机构名称、机构住所地。

|  |  |
| --- | --- |
| 证 明 材 料 粘 贴 处 | 1. 收养证复印件； 2. 被收养人的残疾证明复印件； 3. 被收养人身份证复印件； 4. 收养人身份证复印件； 5. 被收养人的在校证明（领取助学保障）；   6.被收养人的就诊记录（领取“明天计划”助医保障）复印件。 |