

池州市民政局文件

池民社救〔2024〕56号

关于印发《池州市低收入人口“一次申请、分类审核认定”实施方案》的通知

各县（区）民政局，九华山社保局，开发区社会事务局：

现将《池州市低收入人口“一次申请、分类审核认定”实施方案》印发给你们，请结合实际贯彻落实。



池州市低收入人口“一次申请、分类审核认定”实施方案

为贯彻落实安徽省民政厅等单位《印发〈关于加强低收入人口动态监测做好分层分类社会救助工作的实施意见〉的通知》（皖民社救字〔2024〕10号）精神，推进社会救助工作提质增效，实现低收入人口申请认定“一件事”办理，现结合我市实际，制定本实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的二十大精神，坚持以人民为中心的发展思想，按照保基本、兜底线、救急难、可持续的总体思路，以统筹救助资源、增强兜底功能、提升服务能力为重点，着力实现社会救助服务标准化、规范化，为困难群众提供优质、高效、贴心服务，不断增强困难群众的获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则

坚持便民惠民。各级民政部门要加强组织领导，指导社会救助管理服务机构落实属地责任，扎实推进便民惠民举措，优化服务程序，提升工作时效。

坚持科学合理。立足我市工作实际，保持现行最低生活保障、特困人员救助供养、临时救助和低收入人口认定等社会救助政策基本稳定，防止工作大起大落。

坚持操作简便。强化问题导向，聚焦社会救助申请受理和审核确认过程中存在的明显短板和突出问题，及时回应群众关切，着力优化程序、精简材料、缩减时间，不断增强困难群众幸福感和满意度。

坚持提质增效。树牢以人民为中心的思想，把维护困难群众基本权益作为社会救助的根本出发点和落脚点，确保困难群众共享改革发展成果。坚持统筹兼顾，加强政策衔接，形成兜底保障困难群众基本生活的合力。

（三）总体目标

按照改革完善社会救助制度的总体思路，通过统筹救助资源、优化业务流程、强化技术支撑等措施，实现低收入人口“一次申请受理、一次承诺授权、一次审核认定、分类实施救助”，即申请对象提出一次申请，低收入人口审核确认机关根据其家庭收支情况、财产状况、困难程度等，分别确认为特困人员、最低生活保障对象、低保边缘家庭、刚性支出困难家庭、当地认定的其他低收入人口和临时救助对象，避免困难群众“反复申请、反复确认”现象发生，最大限度做到便民惠民。

二、工作举措

（一）优化申请受理。困难群众申请救助时，工作人员需指导其通过“皖事通”APP、“池州民政”微信公众号进行线上自助申请和家庭经济状况核对电子授权，签订《池州市低收入人口申请及诚信承诺书》（附件1）、《居民家庭经济状况核对授

权书》(附件2),一次性提交申请人和共同生活家庭成员及法定供养义务人家庭成员身份信息资料(身份证、户口本等)、家庭生活困难佐证材料等。工作人员根据申请人提交的材料填写《池州市低收入人口申请确认表》(附件3),按照《池州市最低生活保障工作操作规程》《安徽省特困人员认定办法》《安徽省低收入人口认定及救助暂行办法》《安徽省临时救助工作操作规程》等相关要求,对材料齐全、符合要求的申请应当予以受理,并向申请人送达《池州市低收入人口申请受理告知书》(附件4);对材料不齐全的一次性书面告知其需要补充的材料。可以通过国家或地方政务服务平台查询获取的相关材料,不再要求重复提交。建立社会救助协理员代办(帮办)制度,对申请人因身体、年龄等特殊原因个人申请有困难的,由村(社区)社会救助协理员实行代办、帮办,确保困难群众及时申请救助。

(二)推进信息共享。县级民政部门要通过池州市社会救助大数据信息系统同农业农村、人社、教育、医保、住建、残联等部门和单位,分层分类开展低收入人口信息查询、需求推送、数据交叉比对等业务,实现跨部门、跨层级、跨区域数据共享交换,动态掌握低收入人口就业状况、家庭支出、困难情形等变化情况,对预警信息要加强线下核查,5个工作日内处置社会救助大数据信息系统“预警监测”模块中的预警信息。

(三)开展调查摸排。建立以家庭人口、家庭收入、家庭支出和家庭财产为基本评价维度的家庭经济状况调查体系。由

两名以上调查人员到申请人家中了解其实际生活情况和家庭收支、财产状况，到申请人所在村（社区）走访了解其日常生活、从业情况和经济状况等，详细填写《池州市低收入人口入户调查表》（附件5），并由调查人员和申请人（或共同生活家庭成员）分别签字确认。

（四）实施综合评审。针对困难群众提出的申请，根据其家庭经济状况调查结果进行综合研判，审核确认机关应当在征得申请人同意后，主动按照“特困人员”“最低生活保障对象”“低保边缘家庭”“刚性支出困难家庭”“其他低收入人口”“临时救助”的认定顺序逐类进行审核确认，原则上应当自受理之日起7个工作日内提出初审意见，填写《池州市低收入人口审核公示单》（附件6），在申请家庭所在村（社区）进行公示7天。经初审不符合社会救助条件的，要向申请人送达《池州市低收入人口不予批准告知书》（附件7）。

（五）落实分类救助。社会救助审核确认机关组织召开联审联批会议，全面审核相关材料，提出审核确认意见，并向申请人送达《池州市低收入人口审核确认告知书》（附件8）。社会救助审核确认工作应当自受理之日起15个工作日内完成；特殊情况下，可以延长至25个工作日。对于确认的特困人员、最低生活保障对象，从确认之日下月起发放保障金，并应当在3个工作日内按照该申请对象审核确认的人均月补助标准发放临时救助金。低保边缘家庭、刚性支出困难家庭和其他低收入人口，应当在5个工作日内录入社会救助大数据信息系统，

扎实做好基本生活救助、专项社会救助、急难社会救助、服务类社会救助和其他救助帮扶。县级民政部门可根据工作实际视情修改行政文书，并报市民政局社会救助主管部门备案。

三、实施步骤

（一）统筹谋划阶段（2024年5月-6月）。

市民政局制定实施方案，编制规范性行政文书（样本），全面部署社会救助“一次申请、分类审核确认”工作。各地要结合实际指导乡镇（街道）统一规范制作相关行政文书，编制申请认定工作流程，大力宣传低收入人口“一次申请、分类审核确认”工作。

（二）全面实施阶段（2024年7月-10月）。

自7月1日起，各地要全面启用新的低收入人口审核确认行政文书（附件1-11），按照低收入人口审核确认权限，采取“依申请认定”和“直接认定”相结合的方式，对新申请社会救助的人员，通过“一次申请、分类审核认定”的低收入人口认定机制，将申请人精准认定为最优先认定类别的低收入人口。申请审核材料要同步形成电子档案，实现低收入人口认定工作档案电子化管理。各地要加强工作调度，对进展缓慢、成效不明显地方开展实地督导，帮助解决困难，推动各项工作落地落实。

（三）巩固提升阶段（2024年11月）。

积极总结、宣传、推广低收入人口“一次申请、分类审核确认”工作的先进经验和做法，完善各项制度措施，优化工作

流程，提高服务效率，不断巩固低收入人口认定机制规范化成果。各地工作开展情况将列入 2024 年度社会救助综合评估内容。

四、保障措施

（一）提高政治站位。实施低收入人口“一次申请、分类审核认定”，是坚持人民至上，深化“放管服”改革，建设人民满意的服务型政府的重要内容。各地要切实提高政治站位，统一思想，提高认识，压实工作责任，加强衔接配合，确保低收入人口“一次申请、分类审核认定”工作顺利推进。

（二）强化业务培训。各地要持续开展基层社会救助经办人员的业务培训，确保其熟知最低生活保障、特困人员救助供养、临时救助、最低生活保障边缘家庭、刚性支出困难家庭和其他低收入人口的相关政策，熟练掌握“一次申请、分类审核认定”的办理流程和工作规范，提高服务效率，确保服务质量。对审核不符合民政领域社会救助条件的，各级应加强线下转办，及时依据困难类型和救助需求分类推送至相应社会救助管理部门，或通过当地的“救急难”互助社给予慈善帮扶。

（三）注重政策宣传。各地要深入开展“社会救助政策宣讲进村（社区）”活动，加强政策宣传，充分发挥政务微博微信等新媒体的传播优势，运用动漫、短视频等多种形式，提高群众对社会救助政策的知晓度。各地要丰富咨询途径，及时关注、回应、解答困难群体关切的热点问题，认真总结经验典型，通过典型示范引领，推动“一次申请、分类审核认定”优化升

级，不断提高服务认可度和满意度。

- 附件：
1. 池州市低收入人口申请及诚信承诺书
 2. 居民家庭经济状况核对授权书
 3. 池州市低收入人口审核确认表
 4. 池州市低收入人口申请受理告知书
 5. 池州市低收入人口入户调查表
 6. 池州市低收入人口审核公示单
 7. 池州市低收入人口不予批准告知书
 8. 池州市低收入人口审核确认告知书
 9. 池州市低收入人口审核确认公示单
 10. 池州市低收入人口保障金调整（停发）告知书
 11. 池州市低收入人口动态管理记录

附件 1

池州市低收入人口申请及诚信承诺书

本人姓名_____，现因家庭生活困难，提出社会救助申请，并自愿作出如下承诺：

1. 本人所提供的全部信息、佐证材料均真实、完整，并愿意接受有关部门调查。

2. 本人愿意接受并主动配合乡镇（街道）组织的入户调查，同意乡镇人民政府（街道办事处）按照“特困人员”“最低生活保障对象”“低保边缘家庭”“刚性支出困难家庭”“其他低收入人口”“临时救助”的认定顺序逐类进行审核确认。

3. 本人在社会救助保障期间，家庭人口、收入和财产发生变化，已明显不符合社会救助保障条件时，主动向乡镇人民政府（街道办事处）报告，及时办理退出手续。

本人及家庭成员保证，如虚报、隐瞒、伪造申请材料，骗取社会救助资金；在家庭人口、收入和财产发生变化，已明显不符合正在获得的社会救助条件时，30天内未向乡镇人民政府（街道办事处）主动报告，本人及其他共同生活家庭成员愿意接受所领取金额1-3倍的罚款，自愿接受纳入信用信息共享平台实施联合惩戒等措施，并自愿承担相应法律责任。

申请人：

联系电话：

年 月 日

附件2

编号：居经授第*****号

居民家庭经济状况核对授权书

本人_____（申请人）同意授权_____（审批机构）及全国各级居民家庭经济状况核对机构通过司法机关、政府机构、群团组织、金融机构、提供货币资金转移服务的非银行支付机构、大数据管理及服务机构、公共事业单位、相关行业性组织和社会团体等涉及本人基本信息及家庭经济状况信息的机构、单位、部门，就社会救助、社会福利等社会保障类以及其他需要依据居民家庭经济状况进行行政确认、行政给付、行政审批等的相关事项，对本人基本信息及家庭经济状况信息进行查询、核算和比对。

本人亦同意授权合法留存本人基本信息和家庭经济状况信息的前述机构予以配合提供本人基本信息和家庭经济状况信息。

本授权有效期限自签署之日起至申请人退出该事项止。

本人承诺以下身份证件号码、签名（或指印）均真实有效，如有虚构、隐瞒、伪造，本人愿意承担相应法律责任及后果。

本人声明：本人已仔细阅读上述所有条款及填写须知，且对所有条款的含义及相应的法律后果已全部知晓并充分理解，本人自愿作出上述授权、承诺和声明。

授权人信息

姓名	与申请人关系	身份证号码	签名/指印

监护人信息

姓名	身份证号码	被监护人姓名	与被监护人关系	签名/指印

经办人员：_____

授权日期：_____年____月____日

附件 3

池州市低收入人口审核确认表

(工作人员填写)

申请人姓名		性别		民族		家庭人口数		照片粘贴处		
户籍地					出生年月					
居住地										
保障类别	<input type="checkbox"/> 最低生活保障 <input type="checkbox"/> 特困人员救助 <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭 <input type="checkbox"/> 刚性支出困难家庭 <input type="checkbox"/> 其他低收入人口					家庭成员近亲属中 有无申办事项经办人员、村干部				
共同生活家庭成员	姓名	年龄	性别	与申请人关系	婚姻状况	健康状况 (健康、一般、残疾、患病)	职业状况	年收入	年刚性支出	身份证号码
非共同生活赡抚养人信息	姓名	年赡(抚、扶)养费	性别	与申请人关系	婚姻状况	健康状况 (健康、一般、残疾、患病)	职业状况	年收入	身份证号码	
家庭经济状况										

生活自理能力评估（申请特困人员需填写）						
项目	吃饭	穿衣	上下床	如厕	室内行走	洗澡
能否自主完成						
结论	<input type="checkbox"/> 有生活自理能力 <input type="checkbox"/> 部分生活自理能力 <input type="checkbox"/> 完全丧失生活自理能力					
乡镇人民政府（街道办事处）意见	一、审核确认权限下放事项： 经审核、评议、公示无异议：_____村（居）_____家庭，_____人，确认纳入（给予） <input type="checkbox"/> 最低生活保障范围（城市/农村），人均补助金额_____元/月，家庭补助金额_____元/月。 <input type="checkbox"/> 特困人员供养保障范围（城市/农村），供养形式为 <input type="checkbox"/> 分散供养 <input type="checkbox"/> 集中供养，基本生活标准_____元/月。 照料护理标准为： <input type="checkbox"/> 全护理标准_____元/月； <input type="checkbox"/> 半护理标准_____元/月； <input type="checkbox"/> 全自理标准_____元/月。 <input type="checkbox"/> 临时救助，一次性救助金额为_____元。 二、审核事项 经审核、评议、公示无异议：_____村（居）_____家庭，_____人，同意纳入（给予） <input type="checkbox"/> 低保边缘家庭 <input type="checkbox"/> 刚性支出困难家庭 <div style="text-align: right;"> 盖 章 年 月 日 </div>					
	经办人员 签名		民政办负责人 签名		负责人 签名	
县（区）民政局意见	经审核，同意你乡镇（街道）对_____家庭审核意见，从_____年_____月起执行上述救助事项。 <div style="text-align: right;"> 盖 章 年 月 日 </div>					
	经办人员签名		负责人签名			

填表说明：

- 职业状况填写以下分类：（1）老年人（60周岁及以上）；（2）在职职工；（3）灵活就业人员；（4）登记失业人员；（5）未登记失业人员；（6）已成年但不能独立生活的子女，包括在校接受本科及其以下学历教育的成年子女；（7）其他人员（18周岁以下）。
- 家庭经济状况填写家庭收入、财产和支出等情况。

附件 4

池州市低收入人口申请受理告知书

_____同志:

您提交的低收入人口申请及相关资料齐全,现予受理。我们将在规定时间内予以审核确认,并书面告知结果。特此告知。

受送达人(签名): _____

受理单位(盖章)

年 月 日

本告知书一式二份,受理单位留存一份,受送达人留存一份。

附件 5

池州市低收入人口入户调查表

(工作人员填写)

_____ 乡镇(街道) _____ 村(社区) 调查时间: 年 月 日

申请人姓名					家庭人口数			
户籍地址								
实际居住地								
家庭经济状况								
1. 共同生活家庭成员基本情况信息								
姓名	与申请人关系	性别	婚姻状况	健康状况 (健康、一般、残疾、患病)	职业状况	月收入	刚性支出	身份证号码

2. 法定赡（抚、扶）养义务人信息							
姓名	与申请人关系	性别	婚姻状况	健康状况 (健康、一般、残疾、患病)	职业状况	月收入	身份证号码
家庭困难综合情况							
3. 是否与申请材料一致： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 说明情况：							
入户调查人员签字（两人以上）：							
以上入户调查填写情况属实： <div style="text-align: right;">被调查家庭成员代表签字：</div>							

填表说明： 1. 家庭经济状况填写家庭收入、财产和支出等情况；
 2. 家庭困难综合情况填写造成家庭经济困难的主要原因。

附件 6

池州市低收入人口审核公示单

(工作人员填写)

你村(居)下列家庭申请 ☐最低生活保障 ☐特困人员救助 ☐低保边缘家庭 ☐刚性支出困难家庭 ☐其他低收入人口,现将审核等有关情况予以公示,接受社会监督。如有异议,请尽可能提供事实依据,可直接向乡镇人民政府(街道办事处)反映。

公示时间: _____年____月____日至_____年____月____日
(公示期为 7 天)。举报电话:

乡镇人民政府/街道办事处(盖章)

年 月 日

序号	保障对象 姓名	申请人 姓名	家庭所在村(居)	家庭 人口数	拟保障 人口数	拟保障金 额(元)

注: 1. 由乡镇人民政府(街道办事处)在申请人所在村(居)民委员会设置的村(居)务公开栏公示,本次所有新增民政救助对象的信息都要公示。
2. 低保边缘家庭、刚性支出困难家庭、其他低收入人口“拟保障金额”填“无”。

附件 7

池州市低收入人口不予批准告知书

(工作人员填写)

(_____年第_____号)

_____乡镇(街道)_____村(居)民委员会_____同志:

您于_____年____月____日提交申请,经调查审核,您家庭因

☐共同生活的家庭成员收入不符合相关规定,具体表现为:

_____。

☐家庭财产状况不符合相关规定,具体表现为:

_____。

根据《社会救助暂行办法》/《池州市最低生活保障工作操作规程》/《安徽省特困人员认定办法》/《安徽省低收入人口认定及救助暂行办法》/池州市《关于加强低收入人口动态监测做好分层分类社会救助工作的实施意见》/《安徽省临时救助工作操作规程》等文件规定,您家庭不符合(☐最低生活保障 ☐特困人员救助供养 ☐低保边缘家庭 ☐刚性支出困难家庭 ☐其他低收入人口 ☐临时救助)认定条件,不予批准。

若不服本告知书,可自收到本告知书之日起 15 日内向本单位提出复查申请。

受送达人(签名): _____

审核确认单位(盖章)

年 月 日

(本决定书一式三份,县(区)民政局、乡镇人民政府/街道办事处各留存一份,送达人留存一份)

附件 8

池州市低收入人口审核确认告知书

(工作人员填写)

(_____年第_____号)

_____乡镇(街道)_____村(居)民委员会_____同志:

您于_____年____月____日提交申请,根据《社会救助暂行办法》/《池州市最低生活保障工作操作规程》/《安徽省特困人员认定办法》/《安徽省低收入人口认定及救助暂行办法》/池州市《关于加强低收入人口动态监测做好分层分类社会救助工作的实施意见》/《安徽省临时救助工作操作规程》等文件规定,经调查审核认定,您家庭(个人)符合:

- ☐最低生活保障
- ☐特困人员救助供养
- ☐低保边缘家庭
- ☐刚性支出困难家庭
- ☐其他低收入人口
- ☐临时救助

若对上述决定有异议,可自收到本告知书之日起 15 日内向本单位提出复查申请。

受送达人(签名): _____

审核确认单位(盖章)

年 月 日

(本决定书一式三份,县(区)民政局、乡镇人民政府/街道办事处各留存一份,送达人留存一份)

附件 9

池州市低收入人口审核确认公示单

(工作人员填写)

经审核确认，以下家庭纳入（享受）低保对象（特困人员、低保边缘家庭、刚性支出困难家庭）救助，现进行公示。

监督电话：

申请人 姓名	保障 人口数	家庭 人口数	保障 金额 (元/月)	家庭所在村（居）

审核确认单位（盖章）

年 月 日

附件 10

池州市低收入人口保障金调整（停发）告知书

（工作人员填写）

（_____年第____号）

_____乡镇（街道）_____村（居）民委员会_____同志：

因_____，您家庭 ☐ 人均月收入 ☐ 财产状况发生变化，根据《池州市最低生活保障工作操作规程》/《安徽省特困人员认定办法》等规定，经过重新认定，决定对您家庭保障金额作如下调整：

☐ 增（减）：家庭保障金额由原_____元/月调整为_____元/月。

调整原因：_____

_____。

☐ 停发：从_____年_____月起，对您家庭领取的保障金予以停发。

停发原因：_____

_____。

若不服上述决定，可自收到本告知书之日起 60 日内申请行政复议。

受送达人（签名）：_____

审核确认单位（盖章）

年 月 日

（本决定书一式三份，县（区）民政局、乡镇人民政府/街道办事处各留存一份，送达人留存一份）

附件 11

池州市低收入人口动态管理记录表

姓名		性别		纳入保障时间	
家庭住址					
入户时间		调查人			
调查情况:					
调查结论:					
调查单位 (盖章)					
入户时间		调查人			
调查情况:					
调查结论:					
调查单位 (盖章)					
入户时间		调查人			
调查情况:					
调查结论:					
调查单位 (盖章)					