HNPR—2023—08005

湘民发〔2023〕40号

关于印发《湖南省孤儿、事实无人抚养儿童和艾滋病病毒感染儿童基本生活保障实施办法》的通知

各市州、县市区民政局、财政局、卫生健康委：

为进一步完善我省困境儿童基本生活保障制度，省民政厅、省财政厅、省卫生健康委研究制定了《湖南省孤儿、事实无人抚养儿童和艾滋病病毒感染儿童基本生活保障实施办法》（以下简称《实施办法》）。现将《实施办法》印发给你们，请结合本地实际遵照执行。

（此页无正文）

|  |  |
| --- | --- |
| 湖南省民政厅 | 湖南省财政厅 |
| 湖南省卫生健康委员会  2023年11月20日 | |

湖南省孤儿、事实无人抚养儿童和艾滋病

病毒感染儿童基本生活保障实施办法

为贯彻落实《国务院办公厅关于加强孤儿保障工作的意见》（国办发〔2010〕54号）《民政部、财政部关于发放孤儿基本生活费的通知》（民发〔2010〕161号）《民政部 财政部关于发放艾滋病病毒感染儿童基本生活费的通知》（民发〔2012〕179号）和民政部等12部门《关于进一步加强事实无人抚养儿童保障工作的意见》（民发〔2019〕62号）等文件精神和有关规定，进一步完善我省困境儿童基本生活保障制度，维护其合法权益，制定本实施办法。

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，深入学习贯彻习近平总书记关于儿童工作重要指示批示精神，全面贯彻落实党的二十大精神、党中央国务院关于儿童工作决策部署和省委省政府工作要求，按照“儿童优先”和“儿童利益最大化”的原则，保障其生存与发展权益。

1. 保障对象

本实施办法所规定的基本生活保障对象是指具有本省户籍，未满18周岁的以下三类对象：

**（一）孤儿：**失去父母、查找不到生父母的儿童。

**（二）事实无人抚养儿童：**父母双方均符合重残、重病、服刑在押、强制隔离戒毒、被执行其他限制人身自由的措施、失联、被撤销监护资格、被遣送（驱逐）出境情形之一；或者父母一方死亡或失踪，另一方符合重残、重病、服刑在押、强制隔离戒毒、被执行其他限制人身自由的措施、失联、被撤销监护资格、被遣送（驱逐）出境情形之一，导致父母失去抚养能力的儿童。

**（三）艾滋病病毒感染儿童：**携带艾滋病病毒及患有艾滋病的儿童。

鼓励各地对符合上述条件的三类被保障对象年满18周岁后，在学制规定年限内，仍在全日制高中阶段（普通高中教育、中等职业教育）、全日制大学阶段（大专、本科、高等职业教育）或全日制研究生阶段（硕士、博士）连续就读的，继续发放基本生活费。

三、申请、审查和审批程序

**（一）申请**

**1.孤儿基本生活保障申请**

社会散居孤儿由其监护人向本省内乡镇人民政府（街道办事处）提出申请，填写《湖南省社会散居孤儿基本生活费申报审批表》（附件1）。

集中养育孤儿由儿童福利机构负责汇总孤儿信息、证明材料，向主管民政部门提出申请。

**2.事实无人抚养儿童基本生活保障申请**

由其监护人或受监护人委托的近亲属向本省内乡镇人民政府（街道办事处）提出申请，情况特殊的，可由儿童所在村（居）民委员会提出申请，填写《湖南省事实无人抚养儿童基本生活保障申报申请表》（附件2）。因监护不当导致未成年人陷入困境的，该监护人不得作为申请人。

**3.艾滋病病毒感染儿童基本生活保障申请**

由其监护人向被保障对象户籍所在地县级民政部门提出申请，填写《湖南省艾滋病病毒感染儿童基本生活保障申报申请表》（附件3）。

**4.异地受理要求**

异地受理孤儿、事实无人抚养儿童办理申请的，受理地乡镇人民政府（街道办事处）应当一次性告知申请人所需提供的材料，并对材料进行形式审查，在申请材料收齐之日起3个工作日内录入“湖南省儿童福利信息系统”并推送至被保障对象户籍地乡镇人民政府（街道办事处）。

**（二）审查**

**1.孤儿基本生活保障审查**

被保障对象户籍地乡镇人民政府（街道办事处）自收到申请之日起15个工作日内，对被保障对象的相关情况和证明材料进行核实查验，作出查验结论。符合条件的，将申请材料录入“湖南省儿童福利信息系统”，报县级民政部门审批。

需核实的情况包括：孤儿及孤儿监护人身份信息、孤儿父母死亡或失踪情况。

**2.事实无人抚养儿童基本生活保障审查**

被保障对象户籍地乡镇人民政府（街道办事处）自收到申请之日起15个工作日内，对被保障对象相关情况和证明材料进行核实查验，作出查验结论。符合条件的，将申请材料录入“湖南省儿童福利信息系统”，报县级民政部门审批。

需核实的情况包括：事实无人抚养儿童及监护人身份信息，事实无人抚养儿童父母重残、重病、服刑在押、强制隔离戒毒、被执行其他限制人身自由的措施、失联以及死亡、失踪、被撤销监护、被遣送（驱逐）出境情况。

**3.艾滋病病毒感染儿童基本生活保障审查**

艾滋病病毒感染儿童的申请，由受理申请的县级民政部门对申请人提供的材料进行核实查验，自收到申请之日起15个工作日内，作出查验结论。

需核实的情况包括：感染儿童及监护人身份信息，感染儿童艾滋病病毒感染、携带、诊断情况。

**4.工作要求**

核实查验工作一般采取部门信息比对的方式进行。因档案管理、数据缺失等原因不能通过部门信息比对核实的，可以请被保障对象或申请人协助提供必要补充材料，申请人应予以配合。对有异议的，可根据工作需要采取入户调查、邻里访问、信函索证、群众评议等方式再次进行核实。为保护被保障对象隐私，以上均不得以公示方式核实了解情况。

**（三）审批**

县级民政部门自收到申报材料之日起15个工作日内完成审核工作。符合条件的，在系统内审批通过，并在申请表格上签署意见，自系统审批之日起，次月发放孤儿、事实无人抚养儿童和艾滋病病毒感染儿童基本生活费；对不符合条件的，要书面告知申请人并说明理由。

四、基本生活保障

**（一）补助标准**

孤儿、事实无人抚养儿童和艾滋病病毒感染儿童基本生活保障标准按照省级孤儿基本生活费最低保障标准予以补助，有条件地区可适当提高保障标准。

孤儿、事实无人抚养儿童和艾滋病病毒感染儿童已获得最低生活保障金、困难残疾人生活补贴且未达到孤儿基本生活保障补贴标准的，进行补差发放，其他被保障对象按照标准全额发放。已被纳入全额领取基本生活费的被保障对象其家庭申请最低生活保障的，被保障对象的基本生活费不计入家庭收入，在享受低保待遇之后根据人均救助水平进行重新计算，补差发放。

**（二）资金发放**

县级财政、民政部门将上述三类被保障对象基本生活费通过湖南省财政惠民惠农补贴“一卡通”系统支付到被保障对象本人或监护人个人账户；集中养育的被保障对象，统一支付到福利服务机构账户；由未成年人救助保护机构、儿童福利机构临时监护的被保障对象，统一支付到临时监护机构账户。

孤儿、事实无人抚养儿童和艾滋病病毒感染儿童基本生活费发放实行动态管理，按月发放。对儿童福利机构新接收入院的孤儿可随时申报审批，从同级民政部门批准之日起核算孤儿基本生活费。

**（三）资金保障**

孤儿、事实无人抚养儿童和艾滋病病毒感染儿童基本生活保障补助资金，通过困难群众救助补助资金保障。中央、省级财政安排专项资金，对各地孤儿、事实无人抚养儿童和艾滋病病毒感染儿童基本生活费按照一定标准给予补助，不足部分由地方财政予以保障。

年满18周岁按照本通知规定继续享受基本生活保障的，所需资金由被保障对象户籍所在地的地方财政承担。

五、监督管理

**（一）坚持专款专用。**各地要严格按照《湖南省困难群众救助补助资金管理办法》要求，规范和加强孤儿、事实无人抚养儿童和艾滋病病毒感染儿童基本生活费保障资金管理，防止发生挤占、挪用、冒领、套取等违法违规现象，确保资金按月按标准发放到位。

**（二）加强监督检查。**省民政厅会同有关部门每年对全省孤儿、事实无人抚养儿童和艾滋病病毒感染儿童的基本生活保障工作和资金管理使用情况进行检查或抽查。各地民政部门每年要组织对新增孤儿、事实无人抚养儿童基本生活保障情况进行检查，自觉接受监察、审计等部门的监督检查。

**（三）强化追责问责。**各级民政部门要加强对相关工作人员的教育培训，强化责任意识，提高业务素养；对工作人员存在滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊、失职渎职等行为的，应当依法依规追究相关责任；对秉持公心、履职尽责但因客观原因出现失误偏差且能够及时纠正的，依法依规免于问责。

六、附则

本实施办法自公布之日起施行，有效期5年。以往有关规定与本实施办法不一致的，以本实施办法为准。

附件：1．湖南省社会散居孤儿基本生活保障申请表

2．湖南省事实无人抚养儿童基本生活保障申请表

3．湖南省艾滋病病毒感染儿童基本生活保障申请表

4．湖南省基本生活费不予发放通知单

附件1

湖南省社会散居孤儿基本生活保障

申 请 表

儿 童 姓 名：

监护人（单位）：

填 表 日 期： 年 月 日

**湖南省民政厅印制**

填 表 须 知

一、有关字段说明

1.患病类型：心脏病；脑瘫疾病；五官科疾病；外科疾病；传染病；肿瘤；血液病；内分泌疾病；精神和行为障碍；神经系统疾病；循环系统疾病；呼吸系统疾病；消化系统疾病；皮肤病；肌肉骨骼病；泌尿系统疾病；妇科病；先天畸形；多重疾病。

2.养育类型：亲属抚养、独居、其他。

二、 相关资料

1.孤儿及孤儿监护人身份信息包括身份证、户口簿等；

2.孤儿父母死亡证明或人民法院宣告孤儿父母失踪或死亡证明；

3.监护人资格材料（相关判决书、协议书、公证文书等）；

4.已满18周岁的孤儿，在学制规定年限内，仍在全日制高中阶段（普通高中教育、中等职业教育）和全日制大学阶段（大专、本科、高等职业教育）就读需要申请续发的，需查验学校录取通知书、就读证明；

5.若为残疾的，需查验残疾证明或医院诊断书；

6.孤儿近期1寸免冠照片3张。

三、其他

此表一式叁份，儿童监护人、乡镇人民政府（街道办事处）、县级民政部门各留存一份。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 孤儿基本信息 | 姓 名 |  | 身份证号 |  | | 照片 | |
| 性 别 |  | 户籍状况 | 口农业 口非农业 | |
| 出生日期 |  | 民 族 |  | |
| 养育类型 | 口亲属抚养 口独居 口其他 | | | |
| 户籍所在地 | 县区 街 （ 镇 ） 路 | | | | | |
| 现居住地址 | 县区 街 （ 镇 ） 路 | | | | | |
| 母亲姓名 |  | 失去母亲原因 | 口死亡 口失踪 口其他 | | | |
| 父亲姓名 |  | 失去父亲原因 | 口死亡 口失踪 口其他 | | | |
|  | 儿童身体状况 | 口健康  口重病（患病类型： ）  口残疾（口视力残疾 口听力残疾 口言语残疾 口智力残疾 口肢体残疾 □精神残疾 口多重残疾 残疾等级: 级 ）  口其 他 | | | | | |
| 儿童就学情况 | 口学龄前 口小学 口初中 口高中或职业高中 口中专 口技校 口大专 口本科 口硕士 口博士  口失学 口特教 口无就学能力  口其 他 | | | | | |
| 监护人及家庭情况 | 姓 名 |  | 工作单位 |  | | | |
| 关 系 |  | 出生日期 |  | 年收入（元） |  | |
| 联系电话 |  | 身体情况 |  | 患病类型 |  | |
| 邮 编 |  | 是否同住 |  | 人均居住面积（m²） |  | |
| 户籍所在地 | 县（市区） 街 （ 镇 ） 路 | | | | | |
| 现居住地址 | 县（市区） 街 （ 镇 ） 路 | | | | | |
| 其他 家庭成员 及社 会关 系 | 姓 名 | 关 系 | 出生日期 | 工作单位 | 联系电话 | 年收入  （元） | 身体  情况 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 监护 单位 情况 | 单位名称 |  | | 单位地址 |  | | |
| 单位性质 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 其他 救助 情况 | 口临时救助 口医疗救助 口住房救助 口教育资助 口 困难残疾人生活补贴 口重度残疾人护理补贴 口其 他 | | | | |
| 监  护  人  承  诺 | 1.本表中所列的全部内容及所提供的全部证明材料均真实、有效，无虚假欺骗和隐瞒，如存在不实，自愿退还已领取的所有生活费并承担失信后果。  2.授权乡镇人民政府（街道办事处）工作人员调查与孤儿相关的情况及材料的核查工作。  3.依法履行孤儿的监护职责和抚养义务，并接受有关部门的监督指导。  4.当被保障对象不再符合散居孤儿基本生活保障条件时，将主动告知街（镇）政府部门，办理停发手续。  申请人/单位签字或盖章： 年 月 日 | | | | |
| 审批意见 | | | | | |
| 村（居）民  委员会审核意见 | | 经调查， 符合散居孤儿基本生活保障条件，请审查。  签字： （盖章）  年 月 日 | | | |
| 乡、镇（街道）审查意见 | | 经查验， 基本生活费补贴。符合散居孤儿基本生活保障条件，建议予以确认。  经办人： 分管领导： （单位盖章）  年 月 日 年 月 日 | | | |
| 县级民政  局审批  意见 | | 经研究， 符合散居孤儿基本生活保障条件，予以确认， 从 年 月起发放基本生活费补贴。  经办人： 分管领导： （单位盖章）  年 月 日 年 月 日 | | | |
| 发放  信息 | | 始发年月 |  | 开户人 |  |
| 开户行 |  | 银行账号 |  |
| 续发原因 | （附相关材料） | | |
| 续发年月 |  | 申请人/单位签字 |  |

孤儿监护人确认书

|  |
| --- |
| XXX：  我们派员调查核实，你与XXX是亲属（或近亲属）关系。根据《民法典》规定，经征求你本人及家人意见，你同意担任XXX监护人。你保证切实履行监护义务，不得侵犯XXX合法权益，能够让XXX健康成长。 |
| 乡镇人民政府（街道办事处）主要负责人（签名）：  乡镇人民政府（街道办事处）（盖章）  监护人（签名）：  二○ 年 月 日 |

湖南省社会散居孤儿基本生活费使用监管协议书

**（式样）**

甲 方： 县（市区）民政部门：

乙方（监护人）： 身份证号： 与孤儿关系：

丙方（孤儿）： 身份证号：

为进一步贯彻落实《民政部 财政部关于发放孤儿基本生活费的通知》（民发〔2010〕161号）精神，保证孤儿生存、健康和营养条件，做好社会散居孤儿基本生活费发放的监督指导工作，经协商，甲乙双方就丙方基本生活费的监护使用事宜达成如下协议：

一、甲方负责按发放丙方年度（季度）基本生活费（生活费标准 元/人.月，其中孤儿基本生活费补贴 ，其他 。）。

二、乙方为丙方法定监护人，应按有关文件规定及时领取丙方基本生活费。

三、乙方负责将丙方基本生活费落实到丙方日常生活中，专款专用，主要用于丙方的生活、教育、基本医疗和康复等方面，保障丙方物质生活水平不低于当地平均生活水平，促进丙方健康发育成长。

四、乙方有依法履行相应的监护职责和抚养义务。乙方必须坚持养育和教育相结合的原则，保证丙方完成九年义务教育，教育丙方遵守公德，遵纪守法，自信自强自立，引导丙方身心健康发展。在丙方合法权益受到侵害时，乙方代理丙方进行诉讼。乙方不履行监护职责和抚养义务的，应承担相应的法律责任。

五、甲方定期走访看望丙方，对丙方基本生活费的使用情况实施监督，维护丙方合法权益。如发现乙方对丙方基本生活费有挪用、侵占等不当使用情况，有权追究乙方的违约责任，并依法诉请变更监护人，情节严重的，依法追究其刑事责任。

六、乙方如有变更，应重新签订该协议。

七、本协议自签订之日起生效，丙方成年后自动解除。

本协议一式两份，甲乙双方各执一份。

甲方（盖章） 乙方（盖章）

年 月 日

入户调查孤儿情况记录（式样）

|  |
| --- |
| 孤儿姓名： 性别： 出生时间： 年 月 日  监护人姓名： 性别： 身份证号码：  住址： 区（县） 乡（镇、街道） 村（居）  组（号）  孤儿父母情况：  监护人家庭目前状况：  孤儿意愿（年满8周岁以上的儿童必须征求）：  监护人承诺（我保证以上所有信息真实、准确、有效，如有不实，自愿退还已领取的所有生活费并承担失信后果）  签名： |
| 入户调查人签名： 负责人签名：  组织入户调查单位：  入户调查时间： 年 月 日 |

附件2

湖南省事实无人抚养儿童基本生活保障

申 请 表

儿童姓名：

填表日期： 年 月 日

**湖南省民政厅印制**

填 表 说 明

申请人、被保障对象的户籍证明、身份证等有效证件；年满18周岁，在学制规定年限内，仍在全日制高中阶段（普通高中教育、中等职业教育）和全日制大学阶段（大专、本科、高等职业教育）就读需要申请增发的，需查验学校就读证明。

书面委托书：父母双方查找到本人的前提下，应提供由父母双方签名的委托书；父母一方查找到本人的，或父母离婚，应提供由对孩子具有抚养义务的一方签名的委托书；父母双方均失联或父母一方失踪另一方失联的，应由实际照料人（单位）提供其本人签名（单位印章）的说明材料，或由被保障对象户籍地居（村）委会出具相关说明材料。分别根据“父母当前状况”勾选的内容查验核实相应的证明材料。具体为：

（1）死亡是指自然死亡或人民法院宣告死亡，需查验死亡证明或人民法院宣告死亡的证明。

（2）失踪是指人民法院宣告失踪，需查验人民法院宣告失踪的法律文书。父母双方不能同时勾选死亡、失踪，此类对象视为孤儿，享受本市孤儿相关生活保障。

（3）重病是指胃癌、食道癌、结肠癌、直肠癌、肺癌、肝癌、乳腺癌、终末期肾病、急性心肌梗死、白内障（导致失明的）、尘肺、神经母细胞癌、骨肉瘤、血友病、地中海贫血、耐多药结核病、脑卒中、慢性阻塞性肺气肿、艾滋病机会感染等20种疾病。

（4）重残是指持颁发的《中华人民共和国残疾人证》,残疾程度为一级二级残疾或三级四级精神、智力残疾的残疾人，需查验有效的《中华人民共和国残疾人证》。

（5）失联是指失去联系且未履行监护抚养责任6个月以上的。

（6）服刑在押、强制隔离戒毒是指被法院宣判且正在服刑、被公安部门决定强制隔离戒毒期限在6个月以上；被执行其他限制人身自由的措施是指被逮捕等在押，法院尚未判决刑期，且拘押已超过6个月的；需查验人民法院或其他有权机关出具的依法被剥夺人身自由判决书等法律文书。

（7）被保障对象近期免冠照片1寸3张 。

（8）此表一式叁份，居（村）委、乡镇人民政府（街道办事处）、县县级民政部门各留存一份。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | | | | 性 别 | | | |  | | | 近期  免冠  照片 | |
| 出生日期 | |  | | | | | | | | 民 族 | | | |  | | |
| 户籍状况 | |  | | | | | | | | 户籍所在地 | | | |  | | |
| 申请日期 | |  | | | | | | | | 身份证号 | | | |  | | |
| 儿童现住址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 儿童父母情况 | | 关系 | | 姓名 | | | | 身份证号码 | | | | 现状况 | | | | | 联系电话 | |
| 父亲 | |  | | | |  | | | | 口死亡 口失踪 口重病  口重残 口失联 口服刑在押 口强制隔离戒毒  口被执行其他限制人身自由的措施 口其 他 | | | | |  | |
| 母亲 | |  | | | |  | | | | 口死亡 口失踪 口重病  口重残 口失联 口服刑在押 口强制隔离戒毒  口被执行其他限制人身自由的措施 口其 他 | | | | |  | |
| 儿童身体状况 | | 口健康  口重病（患病类型： ）  口残疾(口视力残疾 口听力残疾 口言语残疾 口智力残疾 口肢体残疾 □精神残疾 口多重残疾 残疾等级: 级 ）  口其 他 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 儿童就学情况 | | 口学龄前 口小学 口初中 口高中或职业高中 口中专 口技校 口大专 口本科 口硕士 口博士  口失学 口特教 口无就学能力  口其 他 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 履行监护  责任人员  情况 | | 姓 名 | | | 性别 | | 关系 | | 身份证号码 | | | | 工作单位或家庭住址 | | | | 联系电话 | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 其他主要  社会关系 | | 姓 名 | | | 性别 | | 关系 | | 身份证号码 | | | | 工作单位或家庭住址 | | | | 联系电话 | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | | |  | | | |  | |
| 基本生活补贴发放情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 领取方式 | | | 口现金领取 口银行转账 | | | | | | | | 起领年月 | | | |  | 保障标准 | |  |
| 开 户 人 | | |  | | | 领取人 | | | | |  | | | | 领取人与儿童关系 | | |  |
| 开户银行 | | |  | | | | | | | | 银行账号 | | | |  | | | |
| 其他救助情况 | | | 口最低生活保障 口临时救助 口医疗救助 口住房救助 口教育资助  口困难残疾人生活补贴 口重度残疾人护理补贴 口其 他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 诚信承诺情况 | | | 我保证以上所有信息真实、准确、有效，如有不实，自愿退还已领取的所有生活费并承担失信后果。  （签名）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 父母失联有关部门意见 | 村（居）民委员会 | | （儿童姓名 ）父/母（ 父/母姓名 ）于 年 月 日失去联系，且未履行监护抚养责任，特此证明。（查验材料附后）  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 派出所 | | 我单位于 年 月 日接到儿童（姓名： ，身份证号码： ）关于查找其失联父（姓名： ，身份证号： ）、母（姓名： ，身份证号： ）情况报案后，经多方查找已满6个月，目前没有查找到其失联父/母。  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇  民政所 | | 经查验，以上情况属实。  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）查验意见 | | | 经查验， 符合事实无人抚养儿童保障条件，建议予以确认。  经办人： 查验人： 负责人: （单位盖章）  查验日期: 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县级民政部门确认意见 | | | 经复核， 符合事实无人抚养儿童保障条件，予以确认，从 年 月起发放基本生活费补贴。  经办人： 复核人： 确认人: （单位盖章）  确认日期: 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

儿童父母失联情况认定表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 一、个人承诺 | | | |
| 承诺人（监护人） |  | 身份证号 |  |
| 儿童姓名 |  | 身份证号 |  |
| 承诺人与该儿童关系 |  | 联系方式 |  |
| 为保障该儿童基本生活权益，办理事实无人抚养儿童基本生活补贴，现承诺如下：该儿童生父/母： （身份证号： ），自 年 月 起即与该儿童家庭失去联系，至今未履行监护抚养责任，已达？个月。**该情况属实，如有故意捏造、隐瞒事实等欺骗行为的，本人愿承担相应责任，并退还已发放的生活费**。  承诺人签字：  承诺日期： 年 月 日 | | | |
| 二、邻里证明情况 | | | |
| 该承诺人承诺情况属实。其他补充情况或意见：  证明人签字（3人以上）： | | | |
| 三、村居证实情况 | | | |
| 经村（居）委会走访查证，并按规定进行群众评议，该个人承诺及邻里佐证情况属实。其他补充情况或意见：  村（居）委会（公章）  年 月 日 | | | |
| 四、乡镇人民政府（街道办事处）查验情况 | | | |
| 经乡镇人民政府（街道办事处）查验，上述情况属实。其他补充情况或意见：  联系人： 联系电话：  乡镇人民政府（街道办事处）（公章）  年 月 日 | | | |
| 五、县级民政部门确认情况 | | | |
| 经审核，上述情况属实。其他补充情况或意见：  联系人： 联系电话：  县民政部门（公章）  年 月 日 | | | |

此认定表一式四份，承诺人、村（居）委会、乡镇人民政府（街道办事处）、县级民政部门各存一份，仅用于办理事实无人抚养儿童认定。

备注：此表失联人员身份信息不全的，可在相关处填“不详”。

事实无人抚养儿童终止保障登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 出生日期 |  | 民 族 |  |
| 户籍状况 |  | 户籍所在地 |  |
| 儿童现住址 |  | | |
| 纳入事实无人抚养儿童保障日期 |  | | |
| 终止事实无人抚养儿童保障情形  （在相应栏内打√） | 口事实无人抚养儿童年满18周岁  口重病父母经医疗康复恢复健康  口服刑在押、强制隔离戒毒、被执行其他限制人身自由的父母服刑、隔离等期满  口失联、失踪父母重新出现  口父母死亡符合孤儿身份认定条件  口其他应当终止的情形 | | |
| 乡镇人民政府（街道办事处）意见 | 经核实，符合事实无人抚养儿童终止保障情形。  经办人： 负责人: （单位盖章）  年 月 日 | | |
| 县级民政部门意见 | 经复核，符合事实无人抚养儿童终止保障条件，从 年 月 起停发基本生活费补贴。  经办人： 负责人: （单位盖章）  年 月 日 | | |

备注：此表一式三份，分别由儿童监护人、乡镇人民政府（街道办事处）、县级民政部门各存一份。

附件3

湖南省艾滋病病毒感染儿童基本生活保障

申 请 表

儿童姓名：

填表日期： 年 月 日

**湖南省民政厅印制**

填 表 说 明

一、有关字段说明

1.感染情况：根据HIV 抗体确证检测报告单或艾滋病核酸检测报告单上的内容填写。

2.“监护人及相关情况”中工作情况/工作单位：失业、务农、退休等；有工作单位的填写工作单位名称。

3.县级民政部门业务科室审核申请材料的情况：必须写明向本市卫健部门艾滋病检测确证实验室核实相关情况的过程，如，核实的时间、核实方式、艾滋病检测确证实验室的具体区县、 艾滋病定点医疗机构专业医生出具的疾病诊断书、HIV 抗体确证检测报告单和艾滋病核酸检测报告单的真实性及时间等。

二、相关材料

1.感染儿童及其监护人身份证明材料（身份证、户口簿等）;

2.申请人须提供感染儿童监护人资格材料（医学出生证明、婚姻关系证明、收养证等）;

3.申请人须提供国家医疗卫生机构开具的医学证明（艾滋病定点医疗机构专业医生出具的疾病诊断书，HIV 抗体确证检测报告单或艾滋病核酸检测报告单，HIV检测呈阳性）

4.若感染儿童有残疾的，需查验有效的《中华人民共和国残疾人证》。

5.感染儿童已满18周岁，在学制规定年限内，仍在全日制高中阶段（普通高中教育、中等职业教育）和全日制大学阶段（大专、本科、高等职业教育）就读需要申请续发的，需查验学校就读证明。

6.感染儿童1寸免冠照片2张。

三、其他

本表一式二份，县级民政部门留存。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 感染  儿童  基本  信息 | 姓 名 | |  | | | 性 别 | | | |  | | | | 照片 | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | |
| 出生日期 | |  | | | 民 族 | | | |  | | | |
| 户籍状况 | | 口居民 口村民 | | | | | | | | | | |
| 感染情况 | | 口抗体确证阳性 口核酸检测阳性  口艾滋病定点医疗机构专业医生出具的阳性诊断书 | | | | | | | | | | |
| 身体状况 | | 口重病（患病类型: ）  口残疾（口视力残疾 口听力残疾 口言语残疾 口智力残疾 口肢体残疾 口精神残疾  口多重残疾 残疾证号： 残疾等级： 级）  口其他 | | | | | | | | | | | | |
| 就学情况 | | 口学龄前 口小学 口初中 口高中或职业高中 口中专 口技校 口大专 口本科  口硕士 口博士  口失学 口特教 口无就学能力  口其他 | | | | | | | | | | | | |
| 户籍所在地 | | 县市区 街（镇） 路 | | | | | | | | | | | | |
| 现居住地 | | 县市区 街（镇） 路 | | | | | | | | | | | | |
| 监护  人及  社会  关系 | 监护人类型 | | 口父母（含父或母） 口个人（含祖父母、外祖父母、亲朋好友）  口单位（含街、镇，居、村委会） 口其他 | | | | | | | | | | | | |
| 关系 | 姓名 | 出生  日期 | | | 工作情况/  工作单位 | | | 年收入 （元） | | | 联系电话 | | | 是否感染  艾滋病 |
|  |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  |
| 监护  单位  情况 | 单位  名称 |  | | | | | | | 单位地址 | | |  | | | |
| 单位  性质 |  | | | 联系人 | |  | | 联系电话 | | |  | | | |
| 他救助  情况 | 口临时救助 口医疗救助 口住房救助 口教育资助 口困难残疾人生活补贴  口重度残疾人护理补贴 口其 他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 监护人  承诺 | 1.本表中所列全部内容及所提供的全部证明材料均真实、准确、有效，无虚假欺骗和隐瞒，如存在不实，自愿退还已领取的所有生活费并承担失信后果。  2.同意授权县级民政部门工作人员调查与被保障对象相关的情况及材料。  3.本人将依法履行监护职责和抚养义务，并接受有关部门的监督指导。  4.当被保障对象不再符合基本生活保障条件时，将主动告知区民政部门，办理停发手续。  申请人/单位签字或盖章： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 审批意见 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县级  民政局 业务  科室  初核  意见 | 经查验， 符合艾滋病病毒感染儿童基本生活保障条件，建议予以 元基本生活费补贴。    查验人 ：  年 月 日  经办人 ： 负责人 ： （单位盖章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 县级  民政局审核意见 | 经研究， 符合艾滋病病毒感染儿童基本生活保障条件，予以确认， 从 年 月起发放基本生活费补贴。  经办人 ： 分管领导： （单位盖章）  年 月 日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 发放  信息 | 始发年月 | | |  | | | | 开户人 | | |  | | | | |
| 开户行 | | |  | | | | 银行账号 | | |  | | | | |
| 续发原因 | | | （附相关材料） | | | | | | | | | | | |
| 续发年月 | | |  | | | | 申请人/单位签字 | | | | |  | | |

附件4

湖南省基本生活费不予发放通知单

：

经审核， 因 原因，（被保障对象姓名）不符合（文件）规定的保障申请条件，不予保障。

县（市、区）民政局（盖章）

年 月 日

|  |
| --- |
| 依申请公开 |
| 湖南省民政厅办公室 2023年12月1日印发 |