寿民〔2022〕3号

关于印发《寿县残疾人“两项补贴”审批权

下放改革方案》的通知

各乡镇人民政府：

现将《寿县残疾人“两项补贴”审批权下放改革方案》印发给你们，请遵照执行。

　寿 县 民 政 局　　　　　　　寿县残疾人联合会

　　　　　　　　　　　　 2022年3月14日

寿县残疾人“两项补贴”审批权下放改革方案

　　为优化残疾人“两项补贴”发放流程，增强残疾人“两项补贴”服务效能，提高社会救助工作水平，根据《中共寿县县委办公室 寿县人民政府办公室关于印发<关于改革完善社会救助的实施方案>的通知》(办〔2021〕33号)文件精神，将残疾人“两项补贴”审批权下放至乡镇。现将有关事项通知如下：

　　一、执行时间

　　从 2022年4月1日起，将重度残疾人护理补贴和困难残疾人生活补贴即残疾人“两项补贴”审批权下放到乡镇人民政府实施，由乡镇按照政策要求直接受理残疾人两项补贴的申请、审核和审批工作。

　　二、补贴范围

**1.困难残疾人生活补贴范围。**指具有寿县户籍的最低生活保障对象等原有政策范围内，持有《中华人民共和国残疾人证》且残疾等级在四级以上（含四级）的残疾人。

　**2.重度残疾人护理补贴范围。**指具有寿县户籍，持有《中华人民共和国残疾人证》，残疾等级被评定为一级、二级且需要长期照护的重度残疾人。长期照护是指因残疾产生的特殊护理消费品和照护服务支出持续6个月以上时间。

　　符合条件的残疾人，可同时申领困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴。既符合残疾人两项补贴条件，又符合老年、因公致残、离休等生活、护理补贴（津贴）条件的残疾人，可择高申领其中一类生活、护理补贴（津贴）。享受孤儿基本生活保障政策的残疾儿童不享受困难残疾人生活补贴、可享受重度残疾人护理补贴。领取工伤保险生活护理费、纳入特困供养保障的残疾人不享受困难残疾人生活补贴和重度残疾人护理补贴。残疾人两项补贴不计入最低生活保障家庭收入。

　　三、办理程序

　**（一）自愿申请。**残疾人两项补贴由本人或其法定监护人向户籍所在地的乡（镇）政府提出申请；个人申请确有困难的，可委托他人或由所在的村（居）民委员会代为申请，并填写《寿县残疾人“两项补贴”审核审批表》。

**（二）审核。**乡镇政府依托社会救助、社会服务“一门受理、协同办理”机制，受理申请并对身份、残疾等级、困难证明等进行审核。审核工作应在3个工作日内完成，对符合条件的，乡镇残疾人联合会和民政所在《审核审批表》上签署意见。对审核不符合条件的，要书面通知申请人原因。审核结果在申请人所在的村（居）民委员会的公示栏和村民小组、社区醒目位置公示7天以上。无异议后报乡镇社会救助联审联批小组进行审批。

**（三）审批。**严格履行审批程序，按照谁审批谁负责原则。乡镇社会救助联审联批小组在7个工作日内完成审批工作，联审联批组长在《寿县残疾人“两项补贴”审核审批表》签字。对不符合条件的，要书面通知残疾人并告知原因。

**（四）补贴发放。**乡镇人民政府每月4日前向县残联上报当月动态调整花名册和金额，县民政局、县残联按乡镇上报花名册和发放金额向县财政局申请补贴资金，通过社会化发放方式拨付补贴资金。

四、工作要求

**1.主动办理。**乡镇在办理残疾人办证、低保等业务过程中或通过残疾人、低保、脱贫户等人员信息比对，发现符合“两项补贴”条件的，应及时告知并协助残疾人办理，最大限度地为残疾人提供便捷优质服务，确保符合政策的不漏一人，做到应保尽保、应退尽退。

　　**2.跨地办理。**各乡镇应本着让残疾人就近办、就便办、少跑腿的原则受理补贴申请。接受异地跨区域申请的乡镇，应及时将信息通过“全国残疾人两项补贴信息系统”推送至残疾人户籍所在地乡镇。乡镇在收到本地户籍残疾人异地申请信息后2个工作日内办理审核。

　　**3.简化申请手续。**各乡镇要按照新审批程序，对可从低保信息系统、残疾人证管理信息系统获取残疾人户籍、低保、残疾人证等信息，不再要求残疾人提供上述材料，就可办理残疾人“两项补贴”；因户籍迁入或其他原因确实无法获取低保、残疾人证等相关信息，可要求残疾人提供相关证件证明材料。

**4.加强动态管理。**各乡镇要确保残疾人“两项补贴”个人档案、资金发放名册和全国残疾人两项补贴信息管理系统数据信息一致。每月将残疾人“两项补贴”保障对象与同期享受低保数据、残疾人数据、特困供养保障数据、脱贫户数据及殡葬火化等信息进行比对，确保残疾人“两项补贴”保障对象精准。每月残疾人“两项补贴”变动（新增、停发、变更等）的数据及时在“全国残疾人两项补贴信息管理系统”更新，县民政局将通过系统汇总生成当月残疾人“两项补贴”资金发放报表。

　　**5.加强政策宣传。**各乡镇民政部门和残联要充分利用广播等传统新闻媒体和互联网、微信公众号等新媒体，广泛宣传残疾人“两项补贴”政策；要通过在村（社区）张贴政策明白纸、发放宣传手册、入户宣传等方式，提高公众对残疾人“两项补贴”政策知晓度，了解基本申领程序和要求。要及时做好残疾人两项补贴政策解释工作，协助符合条件的残疾人便捷办理相关手续。持续做好享受人员名单和补贴资金发放使用情况在村务、社区公开专栏定期向社会公示公开。

**6.严格纪律监督。**要遵循实事求是、公平公正、严格程序的原则，防止“漏保错保”，实现“应保尽保”。县民政部门、县残联将对新增人员进行抽查，比例不少于30%。严格时间要求，实行超时默认制、超时负责制。严禁骗取补贴资金，严禁截留挪用补贴资金。对玩忽职守、徇私舞弊、有令不行、有禁不止、组织不力、敷衍了事等行为将依规进行查处，并对相关责任单位、责任人报请有关部门严格责任追究。

附件：1.寿县残疾人“两项补贴”审核审批表

2.困难残疾人生活补贴新增人员汇总表

3.重度残疾人护理补贴新增人员汇总表

4.困难残疾人生活补贴注销人员汇总表

5.重度残疾人护理补贴注销人员汇总表

附件1

寿县残疾人“两项补贴”审核审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　 名 |  | 性　　别 |  | 民 族 |  | 照片 |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 残疾证核发日期 |  |
| 身份证号 |  | 户籍地址 |  |
| 监护人姓名 |  | 联系电话 |  | 本人电话 |  |
| 低保开始享受月份 |  | 低保证号 |  |
| 是否脱贫户 | 是□ | 否□ | 是否需要长期照护 | 是□ | 否□ |
| 补充说明【按照规定有右侧补贴不享受残疾人补贴】 | 是否享受老年、因公致残、离休等福利性生活补贴、护理补贴； |  |
| 是否享受孤儿基本生活保障 |  |
| 是否领取工伤保险生活护理费 |  |
| 是否纳入特困人员供养 |  |
|  |  |
| 乡镇残联、民政所审核意见 | 审核意见：　　1、困难残疾人生活补贴□　　2、重度残疾人护理补贴□　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　审核单位盖章：经办人： 　　　　残联理事长：　　　　　民政所长： 　　　　　 年 月 日 |
| 乡镇社会救助联审联批小组意见 | 上述审核意见从　　年　　月起执行，生活补贴　　元，护理补贴　　元。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　乡镇人民政府盖章： 联审联批组长：　　　　　　　　　　　　　　 年 月 日 |
| 注：此表一式二份，乡镇残联、民政所各存一份。 |

附件2

 乡（镇） 年月困难残疾人生活补贴新增人员汇总表

填报单位（加盖政府公章）： 　　　　经办人：　　　　　　审核人：　　　　　分管领导：　　　　　 　日期：　 年　月 　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 乡镇 | 村居 | 姓名 | 身份证号 | 残疾证号 | 民族 | 监护人 | 联系方式 | 残疾类型 | 残疾等级 | 残疾证核发时间 | 申请补贴时间 | 纳入低保时间 | 是否脱贫户 | 开户名 | 开户行 | 银行账号 | 账号与保障对象关系 | 补贴金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.在每月填表过程中，所填信息必须核实准确无误，不准有错填、漏填情况。 |
|  2.资金核算必须严格按照标准进行核算填报。 |

附件3

乡（镇） 年 月重度残疾人护理补贴新增人员汇总表

|  |
| --- |
| 填报单位（加盖政府公章）： 　　　　经办人：　　　　　　审核人：　　　　　分管领导：　　　　　　　　　日期：　年　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 编号 | 乡镇 | 村居 | 姓名 | 身份证号 | 残疾证号 | 民族 | 监护人 | 联系方式 | 残疾类型 | 残疾等级 | 残疾证核发时间 | 申请补贴时间 | 开户名 | 开户行 | 银行账号 | 账号与保障对象关系 | 补贴金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.在每月填表过程中，所填信息必须核实准确无误，不准有错填、漏填情况。 |
|  2.资金核算必须严格按照标准进行核算填报。 |

附件4

乡（镇） 年 月困难残疾人生活补贴注销人员汇总表

|  |
| --- |
| 填报单位（加盖政府公章）： 　　　　经办人：　　　　　　审核人：　　　　　分管领导：　　　　　　　　　日期：　年　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 编号 | 乡镇 | 村居 | 姓名 | 身份证号 | 残疾证号 | 残疾类型 | 残疾等级 | 原补贴金额 | 注销停发时间 | 注销原因 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.在每月填表过程中，所填信息必须核实准确无误，不准有错填、漏填情况。 |
|  2.资金核算必须严格按照标准进行核算填报。 |

附件5

乡（镇） 年 月重度残疾人护理补贴注销人员汇总表

|  |
| --- |
| 填报单位（加盖政府公章）： 　　　　分管领导：　　　　　　审核人：　　　　　经办人：　　　　　　　　　日期：　年　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 编号 | 乡镇 | 村居 | 姓名 | 身份证号 | 残疾证号 | 残疾类型 | 残疾等级 | 原补贴金额 | 注销停发时间 | 注销原因 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 注：1.在每月填表过程中，所填信息必须核实准确无误，不准有错填、漏填情况。 |
|  2.资金核算必须严格按照标准进行核算填报。 |

 寿县民政局 2022年3月14日印发