事实无人抚养儿童基本生活补贴办事指南

一、保障对象：具有重庆市荣昌区户籍，且父母因下列情形无法履行监护抚养职责的未满18周岁未成年人；已满18周岁、在全日制中学或中等职业学校就读的学生参照执行。

（一）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、被撤销监护资格情形之一；

（二）父母一方被遣送（驱逐）出境，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、被撤销监护资格情形之一；

（三）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。

以上重残是指一级、二级残疾或三级、四级精神和智力残疾；重病是指患有我市医疗救助重特大疾病，造成家庭经济困难无力抚养的；失联是指失去联系后向当地公安机关报案查寻且未履行监护抚养责任6个月以上；服刑在押是指被法院宣判且正在监狱服刑6个月以上；强制隔离戒毒是指在戒毒场所被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、刑事拘留在押，法院尚未判决刑期，且拘押期在6个月以上；死亡是指自然死亡或人民法院宣告死亡；失踪是指人民法院宣告失踪；被撤销监护资格的情形是指人民法院依法判决撤销监护人资格；被遣送（驱逐）出境的情形是指外籍人员与内地居民生育子女后被依法遣送（驱逐）出境且未履行抚养义务。

二、保障标准：从2024年9月起，补贴标准调整为每人每月1625元。已获得最低生活保障金、特困人员救助供养金（含照料护理补贴）或困难残疾人生活补贴且未达到事实无人抚养儿童基本生活保障补贴标准的进行补差发放，其他事实无人抚养儿童按照补贴标准全额发放。

三、申请审批程序：

（一）按照儿童户籍所在地管理原则，事实无人抚养儿童监护人或受监护人委托的近亲属填写事实无人抚养儿童基本生活补贴申请表，并携带申请儿童户口本原件、儿童监护人身份证原件等资料，向儿童户籍所在乡镇政府（街道）提交事实无人抚养儿童保障申请书。情况特殊的，可由临时监护人、村（居）委会等提出申请。

（二）乡镇政府（街道）受理申请后，需对父母及儿童情况进行查验。

（三）乡镇政府（街道）自收到申请之日起15个工作日内进行复核。对符合条件的，连同申报材料一并报区县民政局。对有异议的，根据工作需要采取入户调查、邻里走访、信函索证、群众评议等方式进行核实。

（四）区县民政局应当自收到申报材料及查验结论之日起15个工作日内作出确认。符合条件的，从确认次月起纳入事实无人抚养儿童保障范围。

四、需提交的资料：

（一）事实无人抚养儿童基本生活补贴申请表一式三份；

（二）事实无人抚养儿童保障申请书一式两份；

（三）申请儿童全家户口本复印件、儿童监护人身份证复印件一式两份；

（四）领取人银行卡复印件一式两份；

（五）对父母及儿童情况查验的相关资料原件或复印件一式两份。

五、补贴发放方式：通过银行打卡发放到事实无人抚养儿童监护人或本人银行账户。

六、终止发放：根据动态管理原则，有下列情形之一，从次月起终止其保障资格：

（一）事实无人抚养儿童死亡的；

（二）18周岁后未在全日制中学、中等职业学校就读的，或毕业于全日制中学、中等职业学校的；

（三）儿童重病父母经医疗康复恢复健康，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、提前释放等原因恢复监护抚养能力的；

（四）父母重新履行抚养义务的；

（五）被依法收养的；

（六）父母死亡或失踪，符合孤儿身份认定条件的。

附件1

事实无人抚养儿童保障申请书（样表）

×××乡镇人民政府（街道办事处）：

本人名叫×××，男（女），居住×××区（县）×××乡镇（街道）×××村（居）委会×××组（号），身份证号码为×××，与×××是×××亲属（近亲属）关系，为×××的法定监护人（或监护人×××的委托代理人）。他（她）于×年×月×日出生，身份证号码为×××，户籍地在×乡镇（街道）×村（居）×组（号）。

 现向你处申请享受事实无人抚养儿童保障待遇。

 申请人（签名）：×××

 （或×××村（居）委会代）

 年 月 日

附件2

|  |
| --- |
| 重庆市事实无人抚养儿童基本生活补贴申请审批表 |
|  编号：  |
| 儿童情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  | 近期免冠照片 |
| 户籍所在地 |  |
| 现居住地 |  |
| 身体状况 | □健康     □视力残疾  □听力残疾  □言语残疾  □智力残疾□肢体残疾 □精神残疾  □多重残疾  □重病      □其他：    |
| 工学情况 | □学龄前 □小学  □初中  □高中或职业高中  □技校  □中专□大专   □失学  □特教  □无就学能力    □待业  □就业□其他：       |
| 儿童父母情况 | 关系 | 姓名 | 身份证 | 现状况 | 联系电话 |
| 父亲 |  |  | □死亡 □失踪 □重病□重残 □失联 □服刑在押 □强制隔离戒毒□被执行其他限制人身自由的措施 □被撤销监护资格□被遣送（驱逐）出境□其他： |  |
| 母亲 |  |  | □死亡 □失踪 □重病□重残 □失联 □服刑在押 □强制隔离戒毒□被执行其他限制人身自由的措施 □被撤销监护资格□被遣送（驱逐）出境□其他：   |  |
| 监护人情况 | 姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 与儿童关系 |  | 身份证号 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 现居住地 |  |
| 已享受救助情况 |  领取低保金 元/月，特困供养金 元/月，困难残疾人生活补贴 元/月。 |
| 领取人 |  | 与儿童关系 |  |
| 开户人 |  | 开户银行 |  | 银行账号 |  |
| 诚信承诺 |  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。   履行监护责任人签名（手印）： |
| 乡镇（街道）查验意见 |   经复核， 符合事实无人抚养儿童保障条件，建议予以确认，从  年 月起全额（补差）发放基本生活补贴 元/月。  （公章）经办人： 科室负责人： 负责人：   年 月 日 |
| 区县民政部门确认意见 |  经复核， 符合事实无人抚养儿童保障条件，予以确认，从  年 月起全额（补差）发放基本生活补贴 元/月。  （公章）经办人： 科室负责人： 负责人：  年 月 日 |
| 备注： | 此表一式三份，分别由儿童监护人、乡镇（街道）、区县（自治县）民政局各存一份。 |