**养老服务补贴给付变更表**

乡镇（街道） 村（社区）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | xxx | | | | | 身份证号 | xxx | |
| 家庭人数 | xxx | | | | | 联系电话 | xxxx | |
| 户籍所在地 | xxx | | | | | | | |
| 现居住地址 | xxx | | | | | | | |
| 人员类别 | 低保家庭☑ 低保边缘家庭□ 其他□ | | | | | | | |
| 服务类型 | 居家养老☑ 机构养老□ | | | | | | | |
| 变更原因 | xxxx | | | | | | | |
| 申请人（代理人）签字： xxx 年 月 日 | | | | | | | | |
| 以下非申请人填写 | | | | | | | | |
| 申请人具体类别 | xx | | | | | | | |
| 变更具体事由 | xx | | | | | | | |
| 评估机构 | xx | | 评估人 | | xx | | | |
| 评估情况 | 正常☑ 轻度依赖□ 中度依赖□ 重度依赖□ | | | | | | | |
| 享受补贴类别 | 一类☑ 二类□ 其他□ | | | | | | | |
| 民政部门意见 | 受理 | 审核 | | | | | | 审批 |
| 经办人：xx  年 月 日 | 建议补助金额 | | xx | | | | 审批人：xx  年 月 日 |
| 审核人：xx  年 月 日 | | | | | |

注：确定补助标准后，发送告知书。