社会救助对象审核确认公示单

（工作人员填写）

经批准以下人员纳入社会救助保障范围，现进行公示。

监督电话：5989616

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **保障对象**  **姓名** | **救助类别** | **保障人口** | **家庭所在小区（村）** | **申请理由** | **保障金额**  **（元）** |
| 1 | 杨\*玲 | 临时救助 | 1 | 和顺新村 | 因病 | 2070 |
| 2 | 安\*勤 | 临时救助 | 1 | 和顺新村 | 因病 | 2070 |

|  |
| --- |
| 注：1、本表由乡镇政府（街道办事处）在申请人所在（居）民委员会设置的村（居）务公开栏公示，本次所有社会救助对象的信息都要公示。2、家庭所在只填写至某小区或某村，不得公示单元及门牌号。3、申请理由填写致贫原因，如因残、因病、因学等理由，不得公示残疾等级、疾病类型等详细信息。 |