

江门市新会区残疾人联合会
江门市新会区教育局
江门市新会区民政局
江门市新会区财政局

文件

新残联〔2024〕22号

新会区残疾人联合会 新会区教育局 新会
区民政局 新会区财政局关于印发《新会
区低保重残且成员在读家庭精准帮扶
实施方案（2024年修订）》的通知

各镇（街、区）政府（办事处、管委会、联合管委会），区
各有关单位：

《新会区低保重残且成员在读家庭精准帮扶实施方案
（2024年修订）》业经区人民政府同意，现印发给你们，请
认真贯彻执行。工作中如有问题请径向区残联反馈。

特此通知。



2024 年 12 月 18 日

公开方式：主动公开

抄送：区委办，区府办，黄艳芬副区长。

附件1：

新会区低保重残且成员在读家庭
学前儿童特殊困难救助申请表

申请人姓名		性别		出生年月		大一寸免冠 彩照
重残家人姓名			重残家人 残疾证号			
联系电话				家庭低保 证号		
家庭住址						
家庭主要成员 情况	姓名	性别	年龄	与本人关系	工作或学习单位	
就读幼儿园 审核意见	经办人签名（盖公章）： 年 月 日			居（村）委 会审核意见	经办人签名（盖公章）： 年 月 日	
镇（街）残联 审核意见	审核人签名（盖公章）： 年 月 日			区教育局 审核意见	审核人签名（盖公章）： 年 月 日	
区民政局 审核意见	审核人签名（盖公章）： 年 月 日			区残联 审核意见	审核人签名（盖公章）： 年 月 日	

注：申请人需提供资料：重残家庭成员的《残疾人证》、身份证、户口簿、低保证影印件各一份（原件需携带备查）；入园收费凭据，本表一式四份，并贴上申请人照片

附件2:

新会区低保重残且成员在读家庭高等教育学生
特殊困难救助申请表

申请人姓名		性别		出生年月		大一寸免冠 彩照
重残家人姓名			重残家人 残疾证号			
联系电话				家庭低保 证号		
家庭住址						
家庭主要成员 情况	姓名	性别	年龄	与本人关系	工作或学习单位	
居（村）委会 审核意见	经办人签名（盖公章）： 年 月 日			镇（街）残 联审核意见	经办人签名（盖公章）： 年 月 日	
区民政局 审核意见	审核人签名（盖公章）： 年 月 日			区残联 审核意见	审核人签名（盖公章）： 年 月 日	

注：申请人需提供资料： 1. 重残家庭成员的《残疾人证》、身份证、户口簿、低保证影印件各一份（原件需携带备查）；
2. 本表一式四份，并贴上申请人照片；
3. 申请人所读学校的在读证明资料(学校录取通知书和学校收费凭据)原件审核，影印件存档，学籍证明。

附件 3:

新会区重度残疾人居家托养服务资助申请表

申请人基本情况	姓名		性别		出生年月		大一寸 免冠彩照
	籍贯		残疾证号码				
	残疾类别及级别	级		家庭地址			
	自理能力情况	☐ 能自理 ☐ 部分自理 ☐ 不能自理					
	健康状况	☐ 好 ☐ 一般 ☐ 差					
	婚姻状况	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 离婚 ☐ 丧偶 ☐ 其它					
	居住类型	☐ 独居 ☐ 与父母同住 ☐ 与配偶同住 ☐ 与儿女同住 ☐ 其它					
家庭成员情况	姓名	年龄	关系	健康状况	工作单位	月收入（元）	
	家庭照顾能力：						
个人收入来源 （可多选）	☐ 病退金 ☐ 退休金 ☐ 低保生活津贴 ☐ 重度护理补贴 ☐ 低保金 ☐ 养老金 ☐ 其他 ☐ 无						
家庭经济状况	☐ 低保家庭 ☐ 低收入家庭 ☐ 低保边缘（指人均月收入在低保线 160%以下）的家庭						
个人参保情况 （可多选）	☐ 职工基本医疗保险 ☐ 城镇居民基本医疗保险 ☐ 职工养老保险 ☐ 城镇居民养老保险 ☐ 商业保险 ☐ 没有						

居家养老服务 需求内容 (可多选)	☐ 协助外出 ☐ 家居清洁 ☐ 协助做饭 ☐ 用品代购 ☐ 社工服务 ☐ 康复护理 ☐ 生活自理能力训练 ☐ 心理咨询 ☐ 居家职业能力训练 ☐ 其他服务需求_____
上述服务 需求原因 (服务对象或 监护人填写)	申请日期:
属地社区(村 委)初审意见 (家庭困难状 况及照顾困难 证明)	(盖章) 年 月 日
属地镇(街道) 残联复审意见	(盖章) 年 月 日
服务需求评估 意见(初步)	服务机构(盖章) 年 月 日
属地残联 审批意见	(盖章) 年 月 日

注：1. 申请人的《残疾人证》、身份证、户口簿、低保证影印件各一份（原件需携带备查）；
2. 公示证明；
3. 本表一式三份，并贴上申请人照片。

附件4:

新会区贫困残疾人康复救助申请表

社区（村）名称： 填报时间： 年 月 日

申请人姓名		性别		出生年月		大一寸免冠彩照
残疾类别及等级		残疾证 / 身份证号码				
监护人姓名		身份证号码				
户籍地址						
常住地址					联系电话	
家庭主要成员情况	姓名	年龄	关系	工作单位	月收入（元）	家庭人均年收入（元）
贫困情况	☐ 低保、低收入家庭（低保、低收入证号： ） ☐ 家庭人均收入在低保线160%以内 ☐ 特殊经济困难 ☐ 其它					
申请救助项目				康复服务实施机构		
家庭困难状况说明（居、村委会填写、盖章）	经办人（签名）： 年 月 日					
镇（街）残联意见（盖章）	理事长（负责人）签名： 年 月 日			区残联审批意见（盖章）	同意资助项目： 资助金额标准： 元 实际资助金额： 元 审批人： 年 月 日	

注：需提供资料：1. 申请对象要提供医院出具的康复需求评估表；
2. 申请人的《残疾人证》、身份证、户口簿、低保证影印件各一份（原件需携带备查）；
3. 公示证明；
4. 本表一式三份，并贴上申请人照片。

附件 5:

“阳光家园计划”新会区贫困重度残疾人 机构托养资助申请表

申请托养服务 人情况	姓名			性别		出生年月			大一寸免冠彩照
	残疾类别			残疾级别		家庭人口			
	身份证号码								
	残疾证号码								
	户籍地址						家庭电话		
	自理能力情况								
	健康状况								
家庭成员情况	姓名	年龄	关系	健康状况	目前就业状况及所在单位				
申请人家庭经济状况		家庭总收入 元				人均月收入 元			
		请在以下栏目中打√：低保家庭（ ），低收入家庭（ ），低保边缘（指人均月收入在低保线 160%以下）的家庭（ ）							
托养服务机构意见		_____（姓名）在本机构接受__寄宿/日托（打√）托养服务，护理等级是_____,收费标准：一次性安置费_____元，托养服务（护理）费_____元/月，杂费_____元/月，伙食费_____元/月。托养期间因疾病发生的医疗费用，由监护人负责。 （盖章） 年 月 日							

托养对象 监护人意见	_____（姓名）申请由_____（机构）托养，同意托管费用除政府补贴 _____ 元/月及一次性安置费_____元外，余额元/月和医疗费由本人负责。 监护人身份证号码： 联系电话： 监护人签名： 联系地址：
所在居委 意见（盖章）	经办人： 年 月 日
所在街道 意见（盖章）	理事长签名： 年 月 日
区残联 审批意见	同意由_____（机构）托养。一次性资助托养服务安置费_____元，每月资助托养服务补贴_____元。 （盖章） 年 月 日
市残联 审批意见	同意由_____（机构）托养。一次性资助托养服务安置费_____元，每月资助托养服务补贴_____元。 （盖章） 年 月 日
备注	

注：1. 申请人的《残疾人证》、身份证、户口簿、低保证影印件各一份（原件需携带备查）；
2. 公示证明；
3. 本表一式四份，并贴上申请人照片。

附件 6:

新会区低保重残且成员在读家庭寄宿制托养托底
补贴申请表

申请托养服务 人情况	姓名			性别		出生年月			大一寸免冠彩照
	残疾类别			残疾级别		家庭人口			
	身份证号码								
	残疾证号码								
	户籍地址						家庭电话		
	自理能力情况								
	健康状况								
家庭成员情况	姓名	年龄	关系	健康状况	目前就业状况及所在单位				
申请人家庭经济状况		家庭总收入 元					人均月收入 元		
托养服务机构意见		____（姓名）在本机构接受__寄宿__托养服务，护理等级是____，收费标准：一次性安置费____元，托养托底补贴费____元/月，杂费____元/月，伙食费____元/月。托养期间因疾病发生的医疗费用，由监护人负责。 （盖章） 年 月 日							

托养对象 监护人意见	_____（姓名）申请由_____（机构）托养，同意托管费用除政府补贴 _____ 元/月及一次性安置费_____元外，余额元/月和医疗费由本人负责。 监护人身份证号码： 联系电话： 监护人签名： 联系地址：
所在居委 意见（盖章）	经办人： 年 月 日
所在街道 意见（盖章）	理事长签名： 年 月 日
区残联 审批意见	同意由_____（机构）托养。一次性资助托养服务安置费_____元，每月资助托养托底补贴_____元。 （盖章） 年 月 日
备注	

注：1. 申请人的《残疾人证》、身份证、户口簿、低保证影印件各一份（原件需携带备查）；
2. 公示证明；
3. 本表一式三份，并贴上申请人照片。

附件7:

新会区贫困残疾人特殊困难临时救助申请表

姓 名		性别		出生年月		大一寸免冠 彩照
残疾证号/ 身份证号						
残疾类别 等级				联系电话		
家庭住址						
家庭经济情况	☐ 低保、低收入家庭（低保、低收入证号：_____） ☐ 家庭人均收入在低保线160%以内 ☐ 特殊经济困难 ☐ 其它					
申请原因 及金额	申请人/监护人（签名）： 申请日期：					
居（村）委会 意见 （盖章）	经办人（签名）： 年 月 日		镇（街）残联 意见 （盖章）		理事长（负责人）签名： 年 月 日	
区残联意见	审核人签名（盖公章）： 年 月 日					

注：申请人需提供资料： 1. 申请人的《残疾人证》、身份证、户口簿、低保证影印件各一份（原件需携带备查）；
2. 临时救助申请书。