附件1

**经济状况核查证明**

（适用于孤儿、低保户、困境儿童）

 ：

经核查，申请人经济情况汇总如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 困难类别 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**困难类别为：孤儿、低保户、困境儿童，困境儿童注明类别：监护人缺失、监护人无力履行监护职责、重病重残、其他类别困境儿童。**

特此证明。

 县（市、区）民政局

 （科室公章）

 年 月 日

附件2

**低收入证明**

 ：

现有我乡（镇、街道） （儿童姓名），身份证号： ，家庭住址： ，共有 口，家庭年收入 元。经核查，该户因 患有重大疾病，致家庭困难，情况属实，请予申请贫困家庭儿童重大疾病慈善救助项目。（当地城乡居民低保标准： 元/月）。

 乡（镇、街道）民政办

（公章）

 年 月 日

 县（市、区）民政局

 （公章）

 年 月 日