附件1：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 防贫综合保险理赔运转七步流程图 | | | | |
| 第一步：  信息收集  个人申报 |  | 县医保局等相关部门  保障对象 |  | 县医保局等相关部门按方案条件提取相应监测数据清单；因病、因意外(含交通)、因灾受损群众以本人名义向所在村委会提出申请，乡镇进行汇总，每月3日前将汇总结果上报县扶贫办。 |
|  |  |  |  |  |
| 第二步：  情况交办 |  | 县扶贫办 |  | 县扶贫办在接到医保局等相关部门或乡镇提供的有关材料后，每月5日前转交保险公司进行调查核实。 |
|  |  |  |  |  |
| 第三步：  调查核实 |  | 保险公司 |  | 保险公司查勘人员前往监测数据对应农户或申请人家中进行调查取证，在县扶贫办、住建局、交警大队等相关部门协助下对申请人车、房、企业进行调查，每月20日前将调查结果整理报送县扶贫办。 |
|  |  |  |  |  |
| 第四步：  结果交办 |  | 县扶贫办 |  | 审核保险公司调查结果，次日转交被调查对象所在乡镇进行公示。 |
|  |  |  |  |  |
| 第五步：  公示结果 |  | 所在乡镇 |  | 将调查结果分解到村进行公示（每月22日-26日，为期5天），公示结束2个工作日内将公示照片等反馈县扶贫办。 |
|  |  |  |  |  |
| 第六步：  审核备案 |  | 县扶贫办 |  | 对乡镇上报的结果进行审核备案，并通知保险公司发放保险赔款。 |
|  |  |  |  |  |
| 第七步：  发放赔款 |  | 保险公司 |  | 收到通知3个工作日内按核定标准发放赔款，并将支付流水反馈县扶贫办备案。 |

附件2：

防贫综合保险自缴保费登记公示表

乡镇 村委会 村小组

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 缴费  日期 | 与户主关系 | 姓名 | 身份证号码 | 收费金额（2元） | 缴费人签字 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |

收缴人：

日期：

附件3：

防贫综合保险个人申请表

乡（镇） 村委会 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请 人 | |  | 身份证号 |  | |
| 申请事项 | | □因病 □因灾  □因意外(含交通) | | 联系电话 |  |
| 家庭成员情况 | 姓名 | 年龄 | 职业 | 劳动技能 | 身体状况 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 家庭住房结构 | | □ 砖坯房 □ 砖混房 □楼房 | | | |
| 申请理由 | |  | | | |

附件4：

防贫综合保险保险对象入户调查表

乡（镇） 村委会 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 核查对象 | |  | 身份证号 | | | |  | | | | |
| 申请事项 | | 因病□ 因灾 □  因意外(含交通)□ | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 家庭住址 | |  | | | | | 家庭属性 | | | 非贫困户 □  脱贫户 □ | |
| 家庭成员情况 | 姓名 | 年龄 | 职业 | | | | 劳动技能 | | | 身体状况 | |
|  |  |  | | | |  | | |  | |
|  |  |  | | | |  | | |  | |
|  |  |  | | | |  | | |  | |
|  |  |  | | | |  | | |  | |
|  |  |  | | | |  | | |  | |
| 家庭住房结构 | | 砖坯房□ 砖混房□ 楼房□ | | | | | | | | | |
| 子女上学状况 | | 姓名 | 就读学校 | | | 年级 | | | 学费 | | 政策享受情况 |
|  |  | | |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  |
|  |  | | |  | | |  | |  |
| 子女家庭情况 | | 较好□ 一般□ 较差□ | | | | | | | | | |
| 家庭主要  收入来源 | | 务工收入 | | 种养收入 | | | | 经营收入 | | | 其他 |
| 元 | | 元 | | | | 元 | | | 元 |
| 家庭重大  开支情况 | | 因病、因意外 | | 因灾 | | | | | | | 其他 |
| 元 | | 元 | | | | | | | 元 |
| 家庭存款 | |  | | | 借贷情况 | | |  | | | |
| 保险事由 | | 因病☑ 因意外（含交通）□ 因灾□ 绿色通道□ | | | | | | | | | |
| 有关调查情况  及结论 | |  | | | | | | | | | |

被核查人： 核查人：

年 月 日

附件5：

镇（乡） 村委会防贫综合保险入户调查

1. 被核查人情况

姓名： 性别： 出生日期： 年龄：

民族： 身份证号： 联系电话：

家庭地址： 市县（区） 乡镇 村

贫困原因： □ 因病 □因意外（含交通） □因灾

二、户籍成员情况

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 与户主 关系 | 与被核查人关系 | 性别 | 年龄 | 身份证号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

被核查人： 核查人：

年 月 日 年 月 日

附件6：

防贫综合保险入户调查（户籍成员情况）

姓名： 联系电话： 与被核查人关系:

家庭地址： 市县（区） 乡镇 村

工资性收入情况：

□本地企业工作 □外地企业工作 □其他：

工作地点： 企业名称：

具体工作： 年收入 元

姓名： 联系电话： 与被核查人关系:

家庭地址： 市县（区） 乡镇 村

工资性收入情况：

□本地企业工作 □外地企业工作 □其他：

工作地点： 企业名称：

具体工作： 年收入 元

姓名： 联系电话： 与被核查人关系:

家庭地址： 市县（区） 乡镇 村

工资性收入情况：

□本地企业工作 □外地企业工作 □其他：

工作地点： 企业名称：

具体工作： 年收入 元

被核查人： 核查人：

年 月 日 年 月 日

附件7：

防贫综合保险入户调查（家庭收入情况）

**一、家庭经营性收入情况**

□种地 作物： 面积： 年收入： 元

□种树 作物： 面积： 年收入： 元

□养殖 动物： 数量： 年收入： 元

□其他 年收入： 元

**二、家庭财产性收入情况**

1、是否有银行存款（🞎是 🞎否），如有则金额利息为年 元

2、是否有集体分配的股息和红利（🞎是 🞎否）,如有则为 元

3、是否转让土地承包经营权（🞎是 🞎否）,如有则为年 元

4、是否有房屋等租金收入（🞎是 🞎否）,如有则为年 元

**三、家庭财产转移性收入情况**

1、是否有种地补贴收入（🞎是 🞎否），如有则为年 元

2、是否有医疗费报销收入（🞎是 🞎否），如有则为年 元

3、是否领取失业救济金（🞎是 🞎否），如有则为年 元

4、是否领取养老金或退休金（🞎是 🞎否），如有则为 元

5、是否获得其他赔偿金（🞎是 🞎否），如有则为年 元

**四、其他**

除上述家庭收入外，是否还有其他收入来源？

如有则为年 元；

被核查人： 核查人：

年 月 日 年 月 日

附件8：

防贫综合保险入户调查报告

**乡镇 村委会 年 月 日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **核查对象** |  | **身份证号** |  |
| **调**  **查**  **情**  **况** | □因病 □因意外（含交通） □ 因灾 □ 绿色通道  1、基本情况：  2、家庭人均收入情况：  3、核算金额：  4、理赔意见； | | |

**核查人：**

年 月 日 年 月 日

附件9：

乡（镇） 村委会防贫综合

保险救助名单公示

现将我村20 年防贫综合保险拟救助名单进行公示，公示期为5天（ 年 月 日至 年 月 日）。如对结果有异议，请在公示期内提出意见。公示期满，如无异议，按救助金额赔付。具体详见下表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 村民小组 | 姓名 | 家庭人口 | 致贫原因 | 救助金额 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |

投诉监督单位名称和地址：

联系电话及电子邮箱：

附件：救助明细表

乡（镇） 村委员会

年 月 日

附件10：

防贫综合保险救助金审批表

我村防贫综合保险项目公示通过的救助人员名单如下，请按救助金额赔付：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 村民小组 | 姓名 | 家庭人口 | 致贫原因 | 救助金额 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |
| 所  在  村  意 见 | 经公示，无异议。  村支部书记签字：  （村委会盖章）  年 月 日 | | | | |

注：此表原件一式一份，原件留存村委会，保险公司留存复印件