附件： 登记编号：

**文水县公共租赁住房保障对象**

**申请审核表**

**申 请 人 姓 名：**

**申 请 类 别：**

**现 住 地 址：**

**行 政 区：**

**街 道 办 事 处：**

**居委会（社区）:**

**申 请 日 期：**

**申请保障方式： 实物配租 □**

 **租赁补贴 □**

**文水县住房和城乡建设管理局编制**

**填 表 说 明**

**一、此表由申请公共租赁住房家庭主申请人填写，请用黑蓝色或黑色书写笔，需做到书写工整，内容完整。申请审核表可在公租房 APP 下载或在受理部门领取。**

**二、此表中所指的申请人及共同申请人仅限于夫妻双方及未婚配子女，父母及祖父母、孙子女均不在共同申请人范围内。**

**三、离婚家庭如需填写子女为共同申请人需以离婚协议或者离婚调解书、离婚判决书中子女的抚养权决定为准，未获得抚养权的不能将子女列为共同申请人。**

**四、请如实填写申请人及共同申请人的残疾、低保及特困等情况，并提供相应残疾证等材料。**

**五、申请人及共同申请人应如实填报家庭成员的收入、住房、车辆、婚姻、社保缴纳等情况，并对所填报内容的真实性和完整性负责。家庭成员无住房、车辆、社保或企业注册等情况的，在每项调查内容首行填写"无"，不得为空。**

**六、申请人及共同申请人因特殊原因无法填写此表的，经受理部门同意可由他人代替填写，但是需签注代替填表人的姓名，身份证号，以备审查。**

**注：所需材料一式三份，社区居委会（村委）、街道（乡镇）和县住房保障主管部门各留一份。**

**公共租赁住房保障对象申请审核表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人姓名** |  | **性别** |  | **身份证号** |  | **年龄** |  | **照片****（近期一寸免冠彩色照片）** |
| **工作单位及****地址** |  | **居（暂）住证编号** |  |
| **户籍所在****街道/乡镇** |  | **户籍所在****社区/村委** |  |
| **申请人户籍****类型** | **□非农业户口（本县城区城镇居民） □非农业户口（本县建制镇城镇居民）□农业户口（本县户籍） □非本县户籍 （在对应项前口打√）** |
| **婚姻状况** | **□已婚 □离婚 □丧偶 □未婚**  | **申请方式** | **□单身□家庭** | **联系电话** |  |
| **申请人学历** | **□高中 □大专 □本科 □硕士研究生 □博士研究生 □其他** |
| **毕业时间** |  | **毕业院校** |  |
| **租赁房屋地址** |  | **租赁起止时 间** |  - |
| **租赁房屋****产权人姓名** |  | **联系电话** |  | **租赁房屋****建筑面积** | **㎡** |
| **人均月收入** |  **元** | **家庭年收 入** | **元** | **自有住房是否是****危房□是 □否** | **□C级 □ D级** |
| **自有住房类型** | **□ 商品住房，建筑面积 ㎡，人均面积 ㎡详细地址**  |
| **□ 其他住房，建筑面积 ㎡，人均面积 ㎡详细地址**  |
| **申申请人和共同申请人是否是低保对象、特困人员、低保边缘家庭、刚性支出困难家庭成员和底收入住房困难家庭、其他困难人员（在对应项前口打√)** | **□低保 □特困 □低保边缘 □刚性支出 □低收入住房困难家庭 □ 其他** |
| **姓名** |  |
| **申请人和共同申请人是否是重大疾病患者 □是 □否 （在对应项前口打√)** | **患者姓名** |  | **重大疾****病类别** |  |
| **申请人和共同申请人是否是残疾人 □是 □否 （在对应项前口打√)** | **残疾类别** |  | **残疾等级** |  |
| **残疾人姓名** |  | **残疾证编号** |  |
| **申请人和共同申请人是否是退伍（转业）军人 □是 □否 （在对应项前口打√)** | **退伍（转业）****姓名** |  | **退伍（转业）时 间** |  |
| **退伍（转业）证书编号** |  |
| **内容** | **申请人** | **共同申请人1** | **共同申请人2** | **共同申请人3** | **共同申请人4** |
| **申请人及共同申请人基本情况** | **姓名** |  |  |  |  |  |
| **年龄** |  |  |  |  |  |
| **与申请人关系** |  |  |  |  |  |
| **身份证号** |  |  |  |  |  |
| **工作单位** |  |  |  |  |  |
| **就读院校** |  |  |  |  |  |
| **户籍所在地** |  | **参加工作时间** |  |
| **月收入（元）** |  |  |  |  |  |
| **社保参保登记情况** | **参保单位** |  |  |  |  |  |
| **参保状态** |  |  |  |  |  |
| **参保险种** |  |  |  |  |  |
| **社保缴费情况** | **缴费单位** |  |  |  |  |  |
| **缴费状态** |  |  |  |  |  |
| **缴费基数** |  |  |  |  |  |
| **住房情况** | **有□无□** | **有□ 无□** | **有□ 无□** | **有□ 无□** | **有□ 无□** |
| **因重大疾病□ 其他□转移房产情况** | **转移房产时间** |  | **因重大疾病□其他□转移车辆情况** | **转移车辆时间** |  |
| **机动车辆情况** | **车牌号** |  |  |  |  |  |
| **车型及品牌** |  |  |  |  |  |
| **取得价值（元）** |  |  |  |  |  |
| **经营主体注册情况** | **注册名称** |  |  |  |  |  |
| **法定代表人** |  |  |  |  |  |
| **注册资金（元）** |  |  |  |  |  |
| **其他需说明****情况** |  |  |  |  |  |
| **租赁补贴等级** | **第一档为：□主要家庭成员年龄在60周岁以上；□家庭成员中有一、二级残疾或重大疾病患者。□3人以下（含3人）□4人以上（含4人）** |
| **第二档为：□主要家庭成员年龄在45-59周岁之间；□家庭成员中有三级、四级以上残疾，家庭成员中有享受低保者。□3人以下（含3人）□4人以上（含4人）** |
| **第三档为：□其它一般住房保障申请户。□3人以下（含3人）□4人以上（含4人）** |
| **优抚对象** | **□军属 □残疾军人 □退役军人 □烈士遗属(烈士的父母或抚养人、配偶、子女) □因公牺牲和病故军人遗属 □孤寡及六十岁以上老人。** |
| **申请承诺授权委托书** | **兹遵照有关规定：本人及共同申请人就申请住房保障资格承诺如下：****1.本表中所填写申请人及共同申请人的所有情况真实、完整无遗漏，提供的相关证明资料原件及复印件真实、合法、有效。****2.对申请住房保障的类型，依据本人符合的资格条件，服从住房保障管理部门统一调配、安置。自觉遵守保障性住房的各项规章制度。****3.如本人不再符合住房保障资格，一个月之内主动向住房保障部门报告并退出住房保障。****4.如采取不正当手段、提供虚假材料或隐瞒家庭收入、住房等情况取得住房保障资格，由住房保障管理部门按规定取消住房保障资格，收回房屋、停发补贴、收回违规所得，5年内不再纳入住房保障，同时计入不良信息记录，向单位、户籍所在地街道办事处、相关政府部门及社会通报。****5.本人及家庭共同申请人自愿委托住房保障管理部门对本人及家庭共同申请人的收入、住房、社保、车辆、企业注册、家庭资产、税务等情况进行核查，以确保符合住房保障条件。****申请人本人（签字盖手印）: 家庭共同申请人（签字盖手印）:****（注：申请人应为具有完全民事行为能力的家庭成员。) 年 月 日** |
| **社区居委会初审意见** | **经审核并公示，申请人家庭（月均收入： 元）, 住房保障条件（填写：符合或不符合），为 类型（填写：低收入、中等偏下收入、新就业、外来务工人员等）。****不符合原因： 。****审核人（签字）: 入户调查人（签字）:** **包村干部（签字）: 社区负责人（签字）:** **（部门盖章）**  **年 月 日** |
| **乡镇人民政府审核意见** | **经审核并公示，申请人家庭 住房保障条件（填写：符合或不符合）,为 类型（填写：低收入、中等偏下收入、新就业、外来务工人员等）。****不符合原因： 。****审核人（签字）: 分管领导（签字）:** **乡（镇）长（签字）:** **（部门盖章）** **年 月 日** |
| **住房保障主管部门审核意见** | **经审核并公示，申请人家庭 住房保障条件（填写：符合或不符合）,为 类型（填写：低收入、中等偏下收入、新就业、外来务工人员等）。****不符合原因： 。****审核人（签字）: 复审（签字）:**  **领导（签字）: （部门盖章）**  **年 月 日** |