

附件 4

因病致贫重病患者不予批准告知书（样表）

（_____年第_____号）

_____乡镇（街道）_____村（社区）_____先生/女士：

您于_____年____月____日提交因病致贫重病患者申请，经调查审核，根据《山东省因病致贫重病患者认定办法（试行）》等文件规定，您因

☐家庭收入扣除政策范围内个人负担费用之后，共同生活的家庭成员月人均收入为_____元/月，超过本县（市、区）低保月标准的 2 倍（城☐乡☐低保标准为_____元/月），或虽然低于低保标准的 2 倍但超过当地月最低工资标准（标准为元/月）。

☐家庭财产状况或实际消费水平不符合因病致贫重病患者认定有关规定，具体表现为：_____。

不予批准，特此告知。

若不服本告知书，可自收到本告知书之日起 15 日内向本单位提出复查申请。

乡镇（街道）联系电话：_____

盖章

年 月 日

☐ 申请人已签收本告知书。

送达人：_____

见证人：_____

日期：_____年____月____日

☐ 申请人拒绝或未当面签收本告知书，但送达人已口头告知。

送达人：_____

见证人：_____

无法签收或拒收事由：_____

日期：_____年____月____日

备注：

1. 该表格由乡镇（街道）经办工作人员填写。
2. 申请人无法接收本通知书的，送达人应当写明无法签收事由，送达人应不少于两人。
3. 送达人可以邀请有关基层组织或者所在单位的代表到场，说明情况，由送达人、见证人签名，把本通知书留在申请人的住所，并采用拍照、录像等方式记录送达过程，即视为送达。
4. 本通知书一式两份，一份送达申请人、一份由乡镇（街道）存档。