|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件  **领取社会保险待遇资格认证核实表** | | | | | | | | | | |
| 序号 |  | 姓名 |  | | 身份证号码 |  | | | 生存状态 |  |
| 认证方法 （可填以下说明中序号） |  | 家庭成员(指定联系人)姓名 |  | | 身份证号码 |  | | | 居住地址 |  |
| 佐证资料 | 可附页 | | | | | | | | | |
| 本人（家属、护理员等）签字 | | |  | | | | 联系电话 |  | | |
| 认证时间 | 年 月 日 | | | 经办人（签字） | | | | 复核人（签字） | | |
| 说明： |  |  |  | 认证单位(签章）： | | | |  | | |  |
| 1.生存状态：健在、去世、服刑、失踪等。 | | | | | | | | | | |
| 2.认证方法：（1）单位认证；（2）开展文体娱乐活动时，采取活动签到、为退休人员签发纪念品等方式；（3）走访慰问时，面对面核实慰问对象领取待遇资格情况；（4）其他方式。 | | | | | | | | | | |
| 3.经办人和复核人：认证单位和部门的正式在编人员。 | | | | | | | | | | |
| 4.居住地址：省市县区，具体到门牌号。 | | | | | | | | | | |