附件4

申请低保不予认定告知书

（ 年第 号）

（参考样式）

 乡镇（街道） 村（社区） ：

您于 年 月 日申请低保，经调查审核，根据《社会救助暂行办法》等文件规定，您家庭因

□共同生活的家庭成员人均收入为 元/月（年），超过本县（市、区）最低生活保障标准 元/月（年）；

□家庭财产状况不符合最低生活保障家庭财产状况规定，具体表现为： ，

□其他不符合条件的情况，具体表现为：

经核查，你户因 不符合最低生活保障条件，不予认定。

若不服上述决定，可自收到本告知书之日起60日内申请行政复议或直接提起行政诉讼。

送达人： 签收人：

 认定单位（盖章）

 年 月 日

备注:1.本决定书一式二份，乡镇人民政府/街道办事处留存一份，受送达人

 (申请人)留存一份。

 2.如果签收人不是申请人本人，需注明签收人联系电话以及与申请

人的关系。