附件3

停止资助告知书

尊敬的参保人 ：

根据我市资助残疾人参加基本养老保险政策的相关规定，您于 年 月递交参加□城乡居民基本养老保险□企业职工基本养老保险资助申请并审核通过，目前累计已享受资助 个月。

截止 年 月，您参加城乡居民基本养老保险已缴费月份数为 个月；参加企业职工基本养老保险已缴费月份数为 个月，累计缴费月份数已达180个月，符合按月领取养老金的最低缴费年限。现根据穗残联规字〔2021〕2号文的相关规定，特告知您，从 年 月起，残联将停止相关资助。

若您尚未达到基本养老保险待遇领取年龄，继续参加城乡居民基本养老保险的，可自行缴费。符合政府代缴条件的困难群体，可根据《广州市人民政府办公厅关于印发广州市城乡居民基本养老保险实施办法的通知》（穗府办规〔2021〕8号）等有关规定按照个人缴费第一档的标准享受政府代缴，高于政府代缴标准的费用由个人承担，不受穗残联规字〔2021〕2号文规定的“资助年限”限制。

街（镇）残疾人联合会

年 月 日

说明：此告知书一式两份，残联、参保人各存一份。