附件 1

# 困难职工帮扶救助申请书

本人姓名 ，性别： ，工作单位：

，身份证号： 。本人因（子女上学、大病、意外致困、收入低等原因）

致使生活困难，向工会组织申请救助。本人对申请救助信息的真实性负责。如提供虚假申请材料的，自愿承担相应责任。

申请人签字：

年 月 日

附件 2

困难职工档案表格**（\*为必填项）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工编号 |  | | | | 档案类型 | |  | | | | 建档标准 | | | | |  | | | |
| \*姓名 | \*民族 | \*性别 | | | \*政治面貌 | | \*身份证号 | | \*出生日期 | | 年龄 | | | \*健康状况 | | 疾病/残疾类别 | | \*工作状态 | \*工作时间 |
|  |  |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  |  |
| \*住房类型 | 建筑面积 | | | | \*手机号码 | | 其他联系方式 | | \*劳模类型 | | \*婚姻状况 | | | | | 是否单亲 | | \*医保状况 | |
|  |  | | | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |  | |
| \*家庭住址 | | | | 邮政编码 | | | \*工作单位 | | | | 单位性质 | | | | | | | 企业状况 | \*所属行业 |
|  | | | |  | | |  | | | |  | | | | | | |  |  |
| \*本人月平均收入 | | | \*家庭其他非薪资年收入 | | | | \*家庭年度总收入 | | | \*家庭人口 | 家庭月人均收入 | | | | | | \*户口所在地行政区划 | | \*户口类型 |
|  | | |  | | | |  | | |  |  | | | | | |  | |  |
| \*是否有一定自救能力 | | | | |  | | | | | 是否为零就业家庭 | | | | | | |  | | |
| \*主要致困原因 | | | | |  | | | \*刚性支出 | |  | | 其他（文字描述） | | | | |  | | |
| 次要致困原因（0-3 项） | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| \*开户银行 |  | | | | \*支行名称 |  | | | | | | | \*银行卡号 | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家庭成员信息表格1** | \*姓名 |  | \*关系（是户主的） |  | \*民族 |  |
| \*身份证号 |  | 出生日期 |  | 年龄 |  |
| 性别 |  | 政治面貌 |  | \*月收入 |  |
| \*劳模类型 |  | \*健康状况 |  | 疾病/残疾类别 |  |
| \*医保状况 |  | \*婚姻状况 |  | \*户口类型 |  |
| 手机号码 |  | 其它联系方式 |  | \*人员身份 |  |
| 当前学历 |  | 入学年份 |  | 年制 |  |
| 单位或学校 |  | | | | |
| 单位性质 |  | 企业状况 |  | 所属行业 |  |
| 工作状态 |  | 劳动合同签订/入伍时间 |  | 合同期限 |  |
| **家庭成员信息表格2** | \*姓名 |  | \*关系（是户主的） |  | \*民族 |  |
| \*身份证号 |  | 出生日期 |  | 年龄 |  |
| 性别 |  | 政治面貌 |  | \*月收入 |  |
| \*劳模类型 |  | \*健康状况 |  | 疾病/残疾类  别 |  |
| \*医保状况 |  | \*婚姻状况 |  | \*户口类型 |  |
| 手机号码 |  | 其它联系方式 |  | \*人员身份 |  |
| 当前学历 |  | 入学年份 |  | 年制 |  |
| 单位或校 |  | | | | |
| 单位性质 |  | 企业状况 |  | 所属行业 |  |
| 工作状态 |  | 劳动合同签订/入伍时间 |  | 合同期限 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家庭成员信息表格3** | \*姓名 |  | \*关系（是户主的） |  | | \*民族 | |  |
| \*身份证号 |  | 出生日期 |  | | 年龄 | |  |
| 性别 |  | 政治面貌 |  | | \*月收入 | |  |
| \*劳模类型 |  | \*健康状况 |  | | 疾病/残疾类  别 | |  |
| \*医保状况 |  | \*婚姻状况 |  | | \*户口类型 | |  |
| 手机号码 |  | 其它联系方式 |  | | \*人员身份 | |  |
| 当前学历 |  | 入学年份 |  | | 年制 | |  |
| 单位或学校 |  | | | | | | |
| 单位性质 |  | 企业状况 |  | 所属行业 | |  | |
| 工作状态 |  | 劳动合同签订/入伍时间 |  | 合同期限 | |  | |
| **基层工会意见** | | 承办人签字：  （盖章） 年 月 日 | | **主管部门工会意见** | | | 承办人签字：  （盖章） 年 月 日 | |
| **县职工服务中心**  **意见** | | 承办人签字：  （盖章） 年 月 日 | | | | | | |

**岳西县退休困难职工帮扶救助申报**

**所需材料**

1、退休困难职工填写打印困难职工帮扶救助申请书、《困难职工档案表格》经基层工会和主管部门工会核实签署意见、盖章。

2、申请人、家庭共同生活成员身份证或户口本复印件，残疾证（一级或二级）、离婚证、医学死亡证明等复印件。

3、出院小结或诊断书和医疗保障结算清单、医院门诊发票复印件。

4、退休职工提供本人近1个月养老金银行流水。

5、申请人安徽岳西农村商业银行卡或存折复印件。

**备注：材料不齐全，一律不予上报。**