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。**