附件1

武义县总工会困难职工家庭申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | |  | | | | 性别 | |  | | 民族 | | | | |  | 政治面貌 |  |
| 婚姻  状况 | | | □未婚 □已婚  □离异 □丧偶 | | | | 是否  单亲 | |  | | 是否  低保户 | | | | |  | 健康  状况 |  |
| 身份 | | | □在岗（□农民工）□病退□失业 | | | | 工作  单位 | |  | | | | | | | | 参加工作时间 |  |
| 劳动  合同 | | | 年 月 日至  年 月 日 | | | | 单位性质 | |  | | | | | 联系  电话 | | |  | |
| 所属行业 | |  | | | | |
| 医保  类型 | | |  | | 是否参加医疗互助 | |  | | 住房类型 | | | | |  | | | 建筑  面积 | ㎡ |
| 本人月平均收入 | | | | | 元 | | | | 家庭其他非薪资年收入 | | | | | | | | 元 | |
| **服务中心复核** | | | | | 元 | | | | **服务中心复核** | | | | | | | | 元 | |
| 家庭年度总收入 | | | | | 元 | | | | 家庭人均月收入 | | | | | | | | 元 | |
| **服务中心复核** | | | | | 元 | | | | **服务中心复核** | | | | | | | | 元 | |
| 家  庭  成  员  关系 | 姓名 | | | 关系 | 政治  面貌 | 医保情况 | | 健康  状况 | 月平均  收入 | | | 身份 | | | 单位/学校（学生请填写学校、入学年份、学制） | | | |
|  | | |  |  |  | |  |  | | |  | | |  | | | |
|  | | |  |  |  | |  |  | | |  | | |  | | | |
|  | | |  |  |  | |  |  | | |  | | |  | | | |
|  | | |  |  |  | |  |  | | |  | | |  | | | |
|  | | |  |  |  | |  |  | | |  | | |  | | | |
| 家庭房产情况：  家庭车辆情况：  家庭工商注册情况： | | | | | | | | | 单位（社区）工会意见 | | | | 联系人：  联系电话：  签字（盖章）： | | | | | |
| 困难情况简述（含年度主要支出情况） | | | | 本人保证以上所填信息真实可信。  申请人签名：  申报日期： 年 月 日 | | | | |
| 系统工委（产业工会）意见 | | | | 签字（盖章）： | | | | | |
| 致困原因 | | □本人大病 □供养直系亲属大病 □子女上学 □意外灾害 □残疾 □下岗失业  □收入低 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 职工服务中心意见 | | | | 第一经办人意见 | | | | | | 负责人意见 | | | | | | | | |
| 家庭年度总支出：  扣减后月均收入：  建议列入：□深度困难 □相对困难  □意外致困 □不予建档  档案编号：  签字： | | | | | | 签字（盖章）： 年 月 日 | | | | | | | | |

**备注：表格必须用黑色钢笔或签字笔填写完整，如有未填处将不予接收，填写说明详见申报表背面。**

**填表说明：**

1、资料提供：除填写本申报表外，申请人须同时提供本人及已成年家庭成员的身份证和户口簿原件、未成年家庭成员的户口簿原件、工资收入材料、职工本人的劳动合同复印件、低保家庭提供低保证复印件、社保卡复印件、公示材料、浙江省困难职工救助委托核对授权申请表。致困原因勾选本人或家属大病的，要提供医疗诊治书和年度自负医药费票据；致困原因勾选子女上学的，提供学费票据等材料。

2、政治面貌：填写“中共党员”、“共青团员”、“群众”、“民主党派”或“其他”。

3、健康状况：填写“良好”、“恶性肿瘤”、“终末期肾病”、“深度昏迷”、“瘫痪”、“严重阿尔茨海默病”、“严重帕金森病”、“严重运动神经元病”、“急性心肌梗塞”、“脑中风后遗症”、“重大器官移植术或造血干细胞移植术”、“冠状动脉搭桥术”、“多个肢体缺失”、“急性或亚急性重症肝炎”、“良性脑肿瘤”、“慢性肝功能衰竭失代偿期”、“脑炎后遗症或脑膜炎后遗症”、“双耳失聪”、“双目失明”、“心脏瓣膜手术”、“严重脑损伤”、“严重Ⅲ度烧伤”、“严重原发性肺动脉高压”、“语言能力丧失”、“重型再生障碍性贫血”、“主动脉手术”、“其他重疾”、“精神病”、“肝病”、“血液病”、“糖尿病”、“肿瘤病”、“腰颈椎病”、“高血压病”、“肺病”、“其他一般疾病”、“心脑血管病”、或 “残疾”。填写“残疾”须提供残疾证复印件。

4、身份：填写“在岗”、“失（无）业”、“病退”或“农民工”。

5、单位性质：填写“国家机关/事业单位”、“国有企业”、“集体企业”、“民营/私营/个体企业”、“与港澳台合资/合作”、“中外合资/合作”或“其他”。

6、所属行业：填写“农、林、牧、渔业”、“采矿业”、“制造业”、“电力、热力、燃气及水生产和供应业”、“建筑业”、“批发和零售业”、“交通运输、仓储和邮政业”、“住宿和餐饮业”、“信息传输、软件和信息服务业”、“金融业”、“房地产业”、“租赁和商务服务业”、“科学研究和技术服务业”、“水利、环境和公共设施管理业”、“居民服务、修理和其他服务业”、“教育”、“卫生和社会工作”、“文化、体育和娱乐业”、“公共管理、社会保障和社会组织”、“国际组织”。

7、参加工作时间：填写学校毕业后的首次就业时间。

8、住房类型：填写“自建房”、“商品房”、“经济适用房”、“两限房”、“回迁房”、“承租单位公房”、“政府廉租房”、“租房”或“其他”。

9、住房面积：请填写“20以下”、“20至50”、“50至70”或“70以上”。

10、家庭其他非薪资年收入：填写除本人和家庭成员个人收入外的其他收入，包括民政部门发放的社会救助金、存款利息收入、房租收入、证券股票收入等。其中意外致困的需包含财产和储蓄。

11、医保情况：填写“职工医保”、“城镇（乡）居民医保”、“新农合”或“商业保险”，未参保填“无”。

12、家庭成员关系中，关系请填写“父亲”、“母亲”、“丈夫”、“妻子”、“儿子”、“女儿”、“公公”、“婆婆”等，政治面貌、身份证号、健康状况、医保情况参见前文所述，身份请填写“劳模”、“在岗”、“失（无）业”、“退休”、“病休”、“内退”、“农民工”、“研究生”、“大学生”、“中职中技”、“高中”、“初中”、 “小学”或“幼儿”。

13、以整个家庭为单位，有房产的填写房产地址，有车辆的填写车辆品牌、车牌号和购买日期，有工商注册的填写企业或个体户名称。没有上述情况的填“无”。

14、公示要求：单位（社区）工会对拟上报申请日常救助的申请人情况在本单位（社区）显著位置公示3个工作日，公示材料（含公示内容、公示结果）随同上报。

**浙江省困难职工救助委托核对授权申请表**

附件2

工作单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主申请人 | |  | | | 联系电话 |  | | 家庭人口 | |  |
| 户籍地址 | |  | | | 居住地址 |  | | | | |
| 核对项目 | | □总工会救助 □其他 | | | | | | | | |
| 申请承诺 | 1.本人保证申报材料全部真实有效。如有违反或群众举报属实，无条件接受工会给予的取消困难职工待遇及相关处罚，主动退回所领取的救助金。  2.本人及家庭成员自愿接受社会救助家庭经济状况核对机构对各项收入和财产信息的收集、查询、核对等并配合工作人员入户调查，如实提供材料；同意按相关规定在一定范围内进行公示。  以上是本人自愿作出的承诺，愿自觉信守、忠实履行，并承担相应的法律责任。 申请人：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 家庭成员情况 | 家庭关系 | 姓名 | 证件类型 | 证件号码 | 性别 | 家庭人员类别 | 户籍类型 | | 是否核对 | **签名并按指纹** |
| 本人 |  |  |  |  | 家庭人员 |  | | 是 |  |
|  |  |  |  |  | 家庭人员 |  | | 是 |  |
|  |  |  |  |  | 家庭人员 |  | | 是 |  |
|  |  |  |  |  | 家庭人员 |  | | 是 |  |
|  |  |  |  |  | 家庭人员 |  | | 是 |  |
|  |  |  |  |  | 家庭人员 |  | | 是 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | 年 月 日 |
| 填表说明：  1、家庭关系分类：（1）本人（2）配偶（3）子/婿（4）女/媳（5）孙子、孙女或外孙子、外孙女（6）父母（7）祖父母或外祖父母（8）兄弟姐妹（9）其他；  2、证件类型分类：（1）居民身份证（2）未成年人提供户口簿；  3、家庭人员类别分类：（1）家庭人员（2）赡养人员；  4、户籍类型分类：（1）农业（2）非农业；  5、是否核对分类：（1）是（2）否。 | | | | | | | | | | |

附件3

困难职工家庭成员收入情况承诺书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭成员姓名 | |  | 身份证号 |  |
| 收入情况承诺 | 本人因 ，  在 年 月 日至 年 月 日没有收入。  以上是本人自愿作出的承诺，并承担相应的法律责任。  承诺人：  年 月 日 | | | |
| 本人因 ，  在 年 月 日至 年 月 日，有无固定收入 元。  以上是本人自愿作出的承诺，并承担相应的法律责任。  承诺人：  年 月 日 | | | |
| 入户调查 | 调查时间：  调查情况：  调查人1： 联系电话：  调查人2： 联系电话：  基层工会盖章 年 月 日 | | | |

**填表说明：**

**1.居住地在金华市的家庭成员无工作单位的须如实填写此承诺书，居住地在非金华地区须提供居委会或村委会的无收入证明；**

**2.基层工会须通过入户走访、向所在社区（村）了解情况，并填写调查核实情况，调查人员应不少于两人。**

附件4

困难职工家庭入户调查表

（由职工所在单位工会填报）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入户时间 |  | | 工作单位 | | |  | |
| 调查对象 |  | | 身份证号码 | | |  | |
| 家庭地址 |  | | | | | | |
| 家庭成员情况 | 与申请人关系 | 姓名 | | 年龄 | 身体状况 | | 工作（学习）单位 |
| 本人 |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| 家庭资产情况 | 1.住房情况：家庭共有房产 套，面积共 ㎡，其中按揭 套，全款 套，农村房屋 间 平方米。 装修情况： 。  2.拥有汽车情况：营运（生产）性汽车 辆，非营运（生产）性汽车 辆。  3.拥有商业用房、厂房或雇佣2人（含）以上从事生产经营活动的情况： 。 | | | | | | |
| 调查人1： 联系电话：  调查人2： 联系电话：  基层工会盖章： | | | | | | | |
| 以上入户调查填写情况属实。  被调查家庭成员代表签字：  年 月 日 | | | | | | | |

注：已填写《困难职工家庭成员收入情况承诺书》的，不需要填写本表格。