个人申请书

工会：

本人 ，家庭人口 人，因

导致家庭生活困难，特申请工会助学（ ）、医疗（ ）、生活（ ）救助。

申请人（签字）：

年 月 日

宿州市工会救助申请家庭经济状况核对

承诺授权书

本家庭已提出申请享受 助学（ ）、医疗（ ）、生活（ ）救助，本家庭同意取得此授权书的工会组织及其工作人员向所有涉及到本家庭经济状况信息的部门或机构查询、核对本家庭财产和收入状况，核查内容包括本人及家庭成员（包含共同生活的家庭成员及法定赡养人、抚养人、扶养人）的社保缴纳金、机动车辆、房屋、存款、生产经营等情况。

特此授权。

姓 名 与户主关系 身 份 证 号 码

1、

2、

3、

4、

5、

授权家庭：（户主签字、指模） 经办人：（签字）

联系电话： 申请人所属基层工会：（盖章）

年 月 日 年 月 日

困难城镇职工档案表格**（\*为必填项）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工编号 | |  | | | | 困难类别 | | | | |  | | | | 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 | | | |  | | | | | | |
| \*建 档 人 | |  | | | | \*审 核 人 | | | |  | | | | | | | | | | 录 入 人 | | | |  | | | | | | |
| **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**  **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 | | | | |  | | | | |
| **走访审核人签字** | | | | | | | **核查意见** | | | | | | | | | | | | | | | | **基层**  **工会**  **意见** | | | | | **工会负责人签字：**  （加盖公章）  年 月 日 | | |
| 签字：      年 月 日 | | | | | | | 符合建档条件（ ）  建档类型：深度困难（ ）、相对困难（ ）、意外致困（ ） | | | | | | | | | | 不符合  建档条件（ ） | | | | | |

审批困难职工会议记录

时 间： 地 点：

主 持 人： 记 录 人：

会议主题：

主要内容：

**参会人员签字：**

困难职工家庭走访调查表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓名 |  | 家庭共同生活  人口数 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  | | |
| 家庭  困难  综合  情况 | （包含家庭收入及致困因素） | | |
| 调查人员签字（两人以上）：    年 月 日 | | | |
| 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 | | | |
| 基层工会初审意见： | | | |
| 县（市、区）总工会帮扶中心审核意见： | | | |

公 示

根据《困难职工档案管理办法》，我单位 等 名职工（名单附后），经过走访、审核，符合建档条件，拟向上级工会申请救助，现予以公示，如有异议，请从即日起5日内提出意见。

监督电话：

单位（加章）

年 月 日

公示人员信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 致困原因 | 家庭成员（工作、收入） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

关于申请帮扶救助的报告

总工会：

根据《困难职工档案管理办法》，我单位 等 名职工（名单附后），经过走访、审核，符合建档条件，拟申请帮扶救助，请批示。

单位（加章）

年 月 日