附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 身份证号 |  | 联系方式 |  | 家庭住址 |  |
| 家庭人均月收入 |  | 引起家庭困难因素的必要人均月支出 |  | 家庭人均月收入—引起家庭困难因素的必要人均月支出 |  |
| 申请原因 |   职工签字： 年 月 日 |
| 所在单位工会审核意见 |  工会负责人签字：（盖工会章） 年 月 日  | 区市工会审批意见 |  负责人签字：（盖工会章） 年 月 日 |

困难职工救助申请审核表

附件2

拟申报市总工会帮扶救助职工情况公示表样例

经\*\*\*\*\*\*研究决定，根据市总工会2018年度困难职工帮扶救助范围和条件，经调查摸底，下列职工拟上报市总工会予以帮扶救助，特此公示。公示时间：\*\*\*\*\*\*\*。对此如有异议，请在公示期内向公司工会反映。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 职工姓名 | 性别 | 年龄 | 所在车间班组 | 致困原因 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

 \*\*\*\*\*\*工会委员会

 2018年\*\*月\*\*日

|  |
| --- |
| 附件3 困难职工档案登记表  |
| 档案编号 |  | 困难类别 | 低保户（） 低保边缘户（） 意外致困户（） |
| 姓名 | 民族 | 性别 | 政治面貌 | 身份证号 | 出生日期 | 健康状况 | 残疾类别 | 工作状态 | 劳模类型 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住房类型 | 建筑面积 | 手机号码 | 其他联系方式 | 邮政编码 | 工作时间 | 所属行业 | 婚姻状况 | 户口类型 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 农业（）非农业（） |
| 家庭住址 | 工作单位 | 单位性质 | 企业状况 | 是否单亲 |
|  |  |  |  | 是（）否（） |
| 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 | 是否进入医保 |
|  |  |  |  |  |  | 是（）否（） |
| 是否有一定自救能力 | 是（）否（） | 是否为零就业家庭 | 是（）否（） |
| 家庭主要成员 | 姓名 | 关系 | 性别 | 政治面貌 | 身份证号 | 出生日期 | 健康状况 | 月收入 | 身份 | 医保状况 | 单位或学校 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 致困原因 | （ ） | 本人大病（）意外灾害（）子女上学（）供养直系亲属大病（）残疾（）收入低无法维持生活（）下岗失业（） |
| 开户银行 |  | 支行名称 |  | 银行卡号 |  |
| 入户调查意见 | 以上信息真实准确，符合困难职工家庭条件。 入户调查人： 调查时间： 年 月 日  |
| 建档人或审核人确定困难职工是否为解困脱困对象（ 是 否 ）（确定时间： 年 月 日），对解困脱困对象确定以下类别中的选项 |
| 五类重点群体 | 1.低保范围内有劳动能力而未充分就业2.收入或生活水平低于的低保线而未纳入低保3.支出性生活困难4.城市困难农民工5.供给侧结构性改革中的困难职工6.其他（注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | “四个一批”措施 | 1.就业创业发展2.纳入社保制度覆盖3.纳入大病保险和医疗互助保险保障4.社会救助兜底5.其他（注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 七个行动计划 | 1.技能培训促就业计划2.创业援助计划3.阳光就业计划4.职工医疗互助计划5.金秋助学计划6.一帮一结对计划7.送温暖精准化计划8.其他(注明）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|
|
|

注：本表一式两份，基层单位工会、市区级工会各留一份。

填表说明：

1、职工编号不用填。

2、困难类别：请参照标准在“应保未保户”、“低保户”、“低保边缘户”或“意外致困户”上勾选。

3、姓名、民族、性别：与身份证上信息一致。

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

5、身份证号：必须是18位。

6、出生日期：格式为19XX-XX-XX，例1979-01-02。

7、健康状况：请填写“良好”、“癌症”、“心血管病”、“脑血管病”、“尿毒症”、“精神病”、“肝病”、“血液病”、“糖尿病”、“肿瘤病”、“腰颈椎病”、“高血压病”、“肺病”、“一般疾病”、“残疾”。

8、残疾类别：若健康状况为“残疾”，请按伤残严重程度填写“视力残疾一至四级”、“听力残疾一至四级”、“言语残疾一至四级”、“智力残疾一至四级”、“肢体残疾一至四级”、“精神残疾一至四级”、“多重残疾一至四级”，其中一级为极重度，二级为重度，三级为中度，四级为轻度。

9、工作状态：请填写“在岗”、“下（待）岗”、“失（无）业”、“退休”、“离休”、“病退”、“病休”、“内退”。

10、劳模类别：请填写“非劳模”、“全国劳模”、“省部级劳模”、“地市级劳模”、或“其他”。

11、住房类型：请填写“承租单位公房”、“政府廉租房”、“自建房”、“商品房”、“无房”、“租房”或“其他”。

12、建筑面积：请填写“20以下”“20至50”、“50至70”或“70以上”。

13、手机号码和其他联系方式：请如实填写其中一个，用于银行卡或其他信息错误时及时联系修改。

14、工作时间：格式为19XX-XX，例1999-01。

15、所属行业：请填写“农、林、牧、渔业”、“制造业”、“电力、热力、燃气及水生产和供应业”、“采矿业”、“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、软件和信息技术服务业”、“金融业”、“房地产业”、“租赁和商务服务业”、“科研和技术服务业”、“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”。

16、婚姻状况：“未婚”、“已婚”、“离异”、“丧偶”。

17、户口类型：“农业”、“非农业”上勾选。

18、家庭住址：请具体至门牌号，如威海市XX小区X单元X室。

19、工作单位：请填写所在单位全称。

20、单位性质：请填写“国有机关/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”。

21、企业状况：请填写“亏损企业”、“改制企业”、 “关闭破产企业”、“正常”或“其他”。

22、是否单亲：请勾选“是”或“否”。

23、本人月平均收入、家庭其他非薪资年收入:请如实填写。

24、家庭年度总收入：计算公式为“（本人月平均收入+所有家庭主要成员月收入）\*12+家庭其他非薪资年收入”。

25、家庭月人均收入：计算公式为“家庭年度总收入/家庭人口数/12”。

26、户口所在地行政区划：请按实际情况填写，例威海环翠区。

27、医保状况：请填写“城镇职工医保”、“城镇居民医保”、“无医保”、“新农合”、“其他”。

28、家庭主要成员：已婚职工的主要家庭成员为配偶及子女，未婚职工的主要家庭成员为父亲、母亲及未婚的兄弟姐妹。家庭成员关系中，关系请填写“父亲”、“母亲”、“丈夫”、“妻子”、“儿子”、“女儿”或“其他”，婚姻状况、身份证号、健康状况、医保状况参见前面填表说明，身份请填写“职工”、“农民”、“农民工”、“军人”、“自由职业”、“无业”、“学生”、“学龄前”。（退休、离休、病退等情况请填写职工，单位或学校栏备注退休、离休或病退等）

29、是否有一定自救能力：请勾选“是”或“否”。

30、是否为零就业家庭：一律填“否”。

31、致困原因：请勾选一项或多项，最多不超过3项。

1. 银行卡号：必须是职工本人开户的威海市商业银行的银行卡，可以是市民卡。

33、入户调查意见如表所示，需基层工会调查人签名、填写时间。

附件4

信息查询授权委托书

委托人： ，性别： ，身份证号： ，联系方式： ，工作单位： ；

受委托人：威海市职工服务中心，负责人： ，联系方式：12351。

委托人授权受委托人查询我家庭户成员的房产、车辆、经商、低保信息，用于困难职工家庭建档标准认定。

委托人：

年 月 日

（职工只需填写委托人信息，并在委托人处签字）

附件5

困难职工脱困解困（注销）认定表

 填表时间： 年 月 日

|  |
| --- |
| 困难职工基本情况 |
| 职工姓名 |  | 脱困时间 |  | 困难类别 | ○应保未保 ○低保户 ○低保边缘户○意外致困户 |
| 家庭主要成员从业情况 | 姓名 | 与职工关系 | 性别 | 年龄 | 健康状况 | 从业（就读）情况 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 原主要致困原因 |  |
| 困难职工脱困解困（注销）情况 |
| 类 别 | ○脱困 ○解困 ○注销 |
| 帮扶措施及成效 |  |
| 困难职工签字 |  | 联系人签字 |  |
| 单位工会主席（签字）（盖公章） | 乡镇（街）工会负责人（签字）（盖公章） | 职工服务中心 负责人签字 | 县区工会负责人（签字）（盖公章） |

附件6

困难职工解困脱困联系卡（帮扶责任人存）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工编号 |  | 职工姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 家庭住址 |  |
| 工作单位 |  |
| 家庭主要成员 |  |
| 致困原因 |  | 困难类别 |  |
| 帮扶任务完成时限 |  年 月底前实现解困脱困 | 联系方式 |  |
| 帮扶单位 |  | 帮扶责任人 |  |

-------------- *(盖 章 处）*--------------

困难职工解困脱困联系卡（困难职工存）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 帮扶单位 |  |
| 帮扶责任人 |  | 职务 |  | 联系方式 |  |
| 困难职工所属工会联络人姓名 |  | 职务 |  | 联系方式 |  |
| 解困脱困措施选项 | 1. 就业创业发展；2.纳入社保制度覆盖；3.纳入大病保险和医疗互助保障；

 4.社会救助兜底；5.其他（注明）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 解困脱困计划选项 | 1. 技能培训促就业计划；2.创业援助计划；3.阳光就业计划；4.职工医疗互助计划；

5.金秋助学计划；6.一帮一结对计划；7.送温暖精准化计划；8.其他（注明）\_\_\_  |
| 备注 |  |