汤阴县总工会文件

汤工文〔2021〕2号

关于开展2021年度困难职工申报工作的

通 知

各基层工会：

为加强困难职工的规范管理，夯实困难职工帮扶工作基础，使困难职工及时得到工会组织的帮助，汤阴县总工会决定在全县范围内开展2021年度困难职工家庭申报工作，现将有关事项通知如下：

一、申报基本条件

困难职工家庭分为深度困难职工家庭、相对困难职工家庭、和意外致困职工家庭。

(一)深度困难职工家庭：指家庭收入扣减家庭成员因病、因残、因子女上学等家庭刚性支出必要费用后，家庭人均纯收入低于当地最低生活保障标准（590元/月）的职工家庭；

(二)相对困难职工家庭：指家庭收入扣减家庭成员因病、因残、因子女上学等家庭刚性支出必要费用后，家庭人均纯收入低于当地最低生活保障标准2倍（1180元/月）以内的职工；

(三)意外致困职工家庭：指职工本人或家庭成员因突发事件、意外伤害、患重大疾病，在获得各类保险支付、社会救助、社会帮扶等各类补偿（赔偿）后,按家庭收入扣减补偿后实际支出，导致基本生活暂无着落或暂时出现严重困难的职工家庭。

二、申报条件的说明

1、长期居住在本县区域内，本人加入工会组织，生活遇到特殊困难的职工（含农民工），农民工应符合1-3规定条件，且有一年以上事实劳动关系。

2、因公牺牲干部职工遗属和工亡家属家庭符合1至3规定条件的，可纳入申报帮扶范围。

三、不符合申报建档条件的情形

具有下列情形之一的职工家庭，视为不符合申报建档条件：

1、子女在高收费私立学校就读或自费留学的；

2、本人或家庭成员为公司控股股东和实际控制人；

3、存在县级以上人民政府规定的高消费行为；

4、拒绝配合调查、核查，致使无法核实收入的家庭。故意隐瞒家庭真实收入及家庭人口变动情况，提供虚假申请材料及证明的家庭。在就业年龄段内有劳动能力但尚未就业的人员，无正当理由拒绝就业的。故意采取其他规避法律、法规的行为造成无经济来源、生活困难的人员。

5、在县级及以上城市具有两套住房且超过当地人均住房面积的，拥有、经常使用各种机动车辆的（残疾、患病职工用于功能性补偿代步除外）不纳入困难职工档案。

四、申报程序

（一）职工本人提出申请

申请困难职工应当由职工本人向所在单位工会提出申请，并提供以下材料：

1. 困难职工家庭申报生活救助的填写（附件1、附件3或附件4）
2. 困难职工家庭申报医疗救助的填写（附件2、附件3或附件4）；

3、职工和家庭成员身份证正反面复印件或户口簿复印件；

4、职工及其家庭成员是外地户籍的，须提供一年以上劳动合同或具有事实劳动关系的证明；

5、职工和家庭成员的收入证明；

6、最近12个月内，医疗费用支出凭据；

7、子女上学产生的费用，提供就读证明、学杂费票据复印件；

8、因残、因病用于康复治疗以及长期照料的费用复印件。

9、其他需要提供的相关证明材料（包括房产证复印件、低保证、残疾证和低保金、残疾金领取发放情况复印件）。

提出申请的职工与配偶均为在职职工的，只能向其中一方所在单位工会提出申请。

（二）基层工会调查、公示

摸底调查。申报职工所在单位工会应在收到职工书面申报材料后3日内，通过各种途径对申报职工的家庭成员、经济收入、致困原因、财产状况、家庭支出等情况完成摸底调查（附件5），确保情况真实。

公示。申报职工所在单位工会结合摸底调查情况，对申报职工的申报材料和有关情况的真实性、合理性，并将走访调查情况公示5个工作日，将无异议的职工申报材料（含公示结果的报告）上报给县总工会保障部。

五、申报要求

1、各基层工会要高度重视，严格执行困难职工申报条件、认定标准，认真做好调查摸底和申报审核，要按照申报工作程序，及时对本单位申报困难职工家庭进行入户走访调查、公示、上报。认真履行工作职责，该入户走访的要走访到位，该公示的要认真公示，申报过程要接受职工群众的监督，切实做到公开公平公正。要按照文件规定按照上报各种申报材料，并且保证材料的真实完整。

2、加强工会帮扶工作与政府民生保障和社会救助工作的衔接，推动符合条件的困难职工纳入政府救助覆盖范围，应纳尽纳。政府救助制度未覆盖或覆盖后仍有困难的职工，应建立困难职工档案及时帮扶，经过低保等社会救助后仍然比较困难，且符合条件的人员实施常态化帮扶。

3、要加大宣传力度，引导基层工会职工知晓困难职工申报条件、标准、建档要求等相关内容，深入开展2021年度困难职工申报救助工作，提高工会落实困难职工帮扶工作的社会影响力。

联系电话：6205980

附件：

1、汤阴县总工会职工服务中心生活救助登记表

2、汤阴县总工会职工服务中心医疗救助登记表

3、困难职工档案表格

4、困难农民工档案表格

5、汤阴县困难职工建档申请审批表

汤阴县总工会

2021年1月15日

附件1

汤阴县总工会职工服务中心

生活救助登记表

NO. 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 身份证号 | |  | | | | | 性别 | |  | | 年龄 |  |
| 工作  单位 |  | | | | | | | 家庭住址 | |  | | | | | | |
| 联系 电话 |  | | 家庭人口 | |  | | 本人月收入 | |  | | | 家庭年  总收入 | |  | | |
| 申请救助原因： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位工会意见：  工会主席签字：  （加盖公章） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上一级工会意见：  签字：  （加盖公章） | | | | | | | | 服务中心意见：  签字：  （加盖公章）： | | | | | | | | |
| 实际救助 | | 资金\_\_\_\_\_元，实物（折合 元） 共计折合资金元（大写： 元） | | | | | | | | | | | | | | |

附件2

汤阴县总工会职工服务中心

医疗救助登记表

NO. 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 困难职工姓名 |  | | 身份证号 | |  | | | | | 性别 | | | | |  | | | 年龄 | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | | 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 联系  电话 |  | 家庭人口 | |  | | 家庭人均  月收入 | |  | | | | 家庭年  总收入 | | | |  | | | | | |
| 患病人 姓名 |  | 身份证号 | | |  | | | | | | 性别 | | |  | | | 年龄 | | | |  |
| 所患疾病 |  | | | | | | | | | | | | 自费金额 | | | | | |  | | |
| 申请救助原因： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在单位工会意见：  工会主席签字：  （加盖公章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上一级工会意见：  签字：  （加盖公章） | | | | | | | 服务中心意见：  签字：  （盖章） | | | | | | | | | | | | | | |
| 领导审批意见：  （签章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 救助金额 | （大写） 元（小写）￥\_ \_\_\_\_\_\_元 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**附件3 困难职工档案表格（\*为必填项）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*职工编号 | |  | | | | | | \*困难类别 | | | | |  | | | | | \*档案类型 | | | | | |  | | | | | |
| \*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 |
|  | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  |  | | | | | | |  | | | |  |
| 因病费用 | | | 因残费用 | | | | | | 因学费用 | | | | 住房费用 | | | | 多重支出费用 | 其他费用 | | | | | | | 其他费用备注 | | | \*年度刚性支出 | |
|  | | |  | | | | | |  | | | |  | | | |  |  | | | | | | |  | | |  | |
| 是否有一定自救能力 | | | | | |  | | | 是否为零就业家庭 | | | | |  | | | 是否进入减退期 | | |  | | 进入减退期时间 | | | |  | | | |
| \*主要致困原因 | | | | | | □本人大病 □供养直系亲属大病 □本人残疾 □家属残疾 □本人下岗失业 □家属下岗失业 □收入低 □自然灾害 □重大事故 □子女上学 □其他 | | | | | | | | | | | | | | 其他(文字描述) | | | | |  | | | | |
| 次要致困原因（0-3项） | | | | | | | | □本人大病 □供养直系亲属大病 □本人残疾 □家属残疾 □本人下岗失业 □家属下岗失业 □收入低 □自然灾害 □重大事故 □子女上学 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 开户银行 | |  | | | | | | 支行名称 | | | |  | | | | | | | 银行卡号 | | | |  | | | | | | |
| 附 件 | | | | | | | | 附件名称 | | | | | | | 附件类型 | | | | 备注 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| 备注 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*建档人 | |  | | | | | | | | \*审核人 | | |  | | | | | | \*备案人 | | | | |  | | | | | |
| **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 | | | | |  | | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |
| 备注 |  | | | | | |
| **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 | |  | |
| 备注 |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家**  **庭**  **成**  **员**  **信**  **息**  **表**  **格**  **4** | \*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 |  |
| 备注 |  | | | | |

**附件4 困难农民工档案表格（\*为必填项）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*职工编号 | |  | | | | | | | \*困难类别 | | |  | | | | | \*档案类型 |  | | | | |
| \*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 | | \*劳动合同签订时间 | | \*合同期限 |
|  | |  | | | |  | | |  | | |  | |  | |  |  |  | |  | |  |
| \*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 |
|  | | | | |  | | | | | | |  | | |  | |  | |  | | |  |
| 因病费用 | | | 因残费用 | | | | | | 因学费用 | | | 住房费用 | | | 多重支出费用 | | 其他费用 | 其他费用备注 | | | \*年度刚性支出 | |
|  | | |  | | | | | |  | | |  | | |  | |  |  | | |  | |
| 是否有一定自救能力 | | | | | | |  | | | 是否为零就业家庭 | | |  | | 是否进入减退期 | |  | 进入减退期时间 | | |  | |
| \*主要致困原因 | | | | | | | | | □本人大病 □供养直系亲属大病 □本人残疾 □家属残疾 □本人下岗失业 □家属下岗失业 □收入低 □自然灾害 □重大事故 □子女上学 □其他 | | | | | | | | | 其他(文字描述) | |  | | |
| 次要致困原因（0-3项） | | | | | | | | | □本人大病 □供养直系亲属大病 □本人残疾 □家属残疾 □本人下岗失业 □家属下岗失业 □收入低 □自然灾害 □重大事故 □子女上学 | | | | | | | | | | | | | |
| 开户银行 | |  | | | | | | | 支行名称 | | |  | | | | | 银行卡号 |  | | | | |
| 附 件 | | | | | | | | | 附件名称 | | | 附件类型 | | | | | 备注 | | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | |
| 备注 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| \*建档人 | |  | | | | | | | | \*审核人 | |  | | | | | \*备案人 |  | | | | |
| **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 |  | | | | |
| 备注 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |
| 备注 |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  |
| 备注 |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家**  **庭**  **成**  **员**  **信**  **息**  **表**  **格**  **4** | \*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 |  |
| 备注 |  | | | | |

附件5

汤阴县困难职工建档申请审批表

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 身份证号 |  | |
| 工作单位 |  | | 家庭人均月收入 | | | |  |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 家庭成员基本情况（姓名、与申请人关系、健康状况、工作单位、工作收入、非工资性收入等） |  | | | | | | |
| 家庭财产情况（房产、私家车、贵重物品、财产性收入等） |  | | | | | | |
| 致困  原因 |  | | | | | | |
| 基层工会走访调查意见：  走访人员签字（两人以上）：  年 月 日 | | | | 基层工会审核意见：  工会主席签字：  （加盖工会章）  年 月 日 | | | |