附件1

**福田工会困难职工救助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓 名 |  | 性 别 |  | 年龄 |  | 身份证号 码  |   |
| 现居住地 |  | 单位名称 |  |
| 申 请 人手机号码 |  | 户籍 |  | 开户行 |   |
| 申请人月收入 |  | 家庭人均月收入 |  | 银行卡或存折账号 |  |
| 申请人家庭 成员状况 | 姓 名 | 年 龄 | 关 系 | 月收入 | 工作或学习单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 近期医疗票据个人缴费总额 | 万元 | 病种 |  |
| 与申请人关系（√） | 本人 |  | 亲属 |  | 上次救助时间 |  |
| 家庭财产 | 不动产 | 1.□家庭房产共有 套，其中按揭 套，全款 套， 平方米（房产性质：□商品房□经济适用房□安居房□小产权房□自建房□拆迁安置房□商铺□其他）2.□无 | 机动车辆（残疾人功能性补偿代步机动车、摩托车除外） | 1. □汽车 辆

购买年份 年厂牌型号2.□其他 (填写名称，数量。)3.□无 |
| 其他财产 | □没有 □有  |
| 申请内容及 理由 |  申请人签名： |
| **此处由审核单位填写** | 身份类别（√） | 在编（公务员、职员） |  | 非在编（劳务派遣） |  | 企业员工 |  |
| 困难类别（√） | 医疗救助 |  | 意外灾害救助 |  |
| 困难助学 |  | 其他救助 |  |
| 所在单位工会审核意见是否入户调查 □ 是 □ 否 是否为已缴工会经费企业□ 是 □ 否 （签名、盖章） 年 月 日 | 所在街道工会或工委会意见（签名、盖章） 年 月 日 |

**填表说明**

 1.现居住地：请从ＸＸ区开始填写详细地址

 2.单位名称：公司名称（如是街道工作人员请写清楚科室）

3.户籍：请按照户口本上的户籍地填写清楚省、市。

4.开户行名称：ＸＸ银行ＸＸ省ＸＸ市ＸＸ区ＸＸ支行（**一定要写清楚**）。

5.家庭收入是指共同生活的家庭成员在规定期限内的全部可支配收入。家庭人均月收入=[上一年度家庭总收入－缴纳所得税－社会保障支出-困难情形引发的必要费用（困难情形包含患病、子女上学、残疾、住房租金及其他特殊原因，住房租金每月按1500元支出计算）]/12个月/家庭人口。自有住房的（包括配偶）不扣除住房租金支出1500元，无自有住房（包括配偶）必须提供本人及家庭成员名下无房产证明才可扣除住房租金支出1500元。

6.银行卡或存折账号：必须是储蓄卡或存折。

7.申请内容及理由：请写清楚救助对象与申请人的关系ＸＸ时间ＸＸ病/发生ＸＸ自然灾害/发生ＸＸ意外伤害/生活ＸＸ困难。

8.医疗发票自费总额：由医疗机构出具的近两年医疗收费票据（每张票据个人缴费金额需在200元以上，之前提交的不得重复提交），住院的（异地就医、新农合）还需提供医疗保险住院医疗费用结算单；自费总额后写上最近一张发票的日期，例如：88888元（20210101）

9.病种：请填写具体的病症。

重大疾病范围：重大疾病包括各种癌症、慢性肾衰竭（需透析治疗或肾脏移植手术）、颅内肿瘤手术、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、冠状动脉旁路手术、新型冠状肺炎、心脏瓣膜置换手术、非典型肺炎等。

10.上次救助时间：请填写清楚XX年春节/五一。