附件2 本表附件材料共 页

困难职工档案申请表（城镇职工）

职工编号： 困难类别：□低保户 □低保边缘户 □意外致困户 申报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
|  | |  | |  | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | | |  |
| **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** | | | | | **医保状况** |
|  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | | | |  |
| **是否有一定自救能力** | | | | □是 □否 | | | | | | **是否为零就业家庭** | | | | | | | □是 □否 | | | | | |
| **家庭**  **成员**  **关系** | | **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** | |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |
|  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |
| **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 □自然灾害 □重大事故 □子女上学 □收入低 □下岗失业 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **次要致困原因（选0-3项）** | | | | □本人大病 □供养直系亲属大病 □本人残疾 □家属残疾 □自然灾害 □重大事故 □子女上学 □收入低 □下岗失业 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **开户银行** | |  | | **支行名称** | | |  | | | | | **银行卡号** | | |  | | | | | | | |
| **困难原因简述**  **（手写）** | | **对本表所填信息的真实性本人愿负法律责任。**  **申请人签名：** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所在单位工会意见** | 签字及盖章：  年 月 日 | | | **镇（街道）、产业系统工会**  **意见** | 签字及盖章：  年 月 日 | | | | | | **市、县（区）困难职工帮扶中心**  **意见** | **经办人审核意见** | | | | | | **负责人审核意见** | | | | |
| 签字：  年 月 日 | | | | | | 签字（盖章）：  年 月 日 | | | | |

**注：以上信息必须填写完整，如有未填不予接收。**