

附件 1

授权书（声明书）

本人郑重声明，申请登记的困难职工家庭基本情况和家庭经济状况属实。如有不实，自愿停止申请或停止享受工会困难职工救助和帮扶，并承担相应法律责任。

本人同意工会组织向民政部门查询、核对家庭成员的收入及财产状况信息。本人亦同意民政部门或民政部门委托的核查机构向所有涉及到本人家庭经济状况信息的部门或机构查询、核对家庭成员的收入及财产状况信息。同意所有涉及到本人家庭经济状况信息的部门或机构将所需资料和信息提供给民政部门或民政部门委托的核查机构，以及工会组织。

特此授权。

授权人（家庭成员及法定赡养、抚养、扶养义务人）

本人承诺以下签名、指模、身份证号码均为本人签署，如有虚假，本人愿意承担法律责任。

1. _____ (指模 _____) 身份证号码 _____

2. _____ (指模 _____) 身份证号码 _____

年 月 日

备注：家庭成员为无民事行为能力人、限制民事行为能力人的，由监护人代签；代签的需由本人按指模。

附件 2

困难职工申报表

申请困难类别 国家级 地市级

以下内容为申请人填写，填写前请仔细阅读填写说明									
姓名		民族		性别		政治面貌		婚姻情况	未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/>
公民身份号码							职工身份	在职 <input type="checkbox"/> (合同期限 年 月至 年 月)	
户籍地址								失业 <input type="checkbox"/> (失业金发放期限 年 月至 年 月)	
现居住地								其他 ()	
工作单位							联系电话		
本人月平均收入: 元			家庭非薪资收入: 元			家庭人口			
家庭成员关系	姓名	与申请人关系	性别	公民身份号码	健康状况	月收入	身份 在职/失业/ 退休/在读	单位或学校名称	
家庭财产	不动产		<input type="checkbox"/> 没有				机动车辆	<input type="checkbox"/> 没有	
			<input type="checkbox"/> 商品房__套, __平方米					<input type="checkbox"/> 汽车__辆, 购买年份__	
<input type="checkbox"/> 自建房__套, __平方米				<input type="checkbox"/> 其他(有则填写名称, 数量, 购买年份, 无则填无)					
<input type="checkbox"/> 拆迁安置房__套, __平方米									
<input type="checkbox"/> 商铺__套, __平方米									
其他财产		<input type="checkbox"/> 没有, <input type="checkbox"/> 有_____							
主要致困原因		本人大病 <input type="checkbox"/> 供养直系亲属大病 <input type="checkbox"/> 本人残疾 <input type="checkbox"/> 家属残疾 <input type="checkbox"/> 家属下岗失业 <input type="checkbox"/> 收入低 <input type="checkbox"/> 自然灾害 <input type="checkbox"/> 重大意外事故 <input type="checkbox"/> 子女上学 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
家庭困难原因及状况		直接叙述:							
必要性支出(元)		医疗费用				教育费用		其他生活致困必要支出	
家庭年医疗费总支出		元		其中自付部分		元			

相关附件材料 (留存复印件)	<input type="checkbox"/> 授权书; <input type="checkbox"/> 个人申报表; <input type="checkbox"/> 身份材料; <input type="checkbox"/> 户口本; <input type="checkbox"/> 收入证明; <input type="checkbox"/> 公示证明; <input type="checkbox"/> 银行卡复印件; <input type="checkbox"/> 居住证; <input type="checkbox"/> 劳动合同; <input type="checkbox"/> 低保证; <input type="checkbox"/> 医疗诊断书; <input type="checkbox"/> 医药费票据复印件; <input type="checkbox"/> 残疾证; <input type="checkbox"/> 灾害证明; <input type="checkbox"/> 上学证明; <input type="checkbox"/> 其他
本人声明	<p>1. 本人已阅读填表说明, 不存在填表说明第 1 项的情况。</p> <p>2. 本人愿意配合工作人员的各项调查工作, 并如实反映情况。当家庭收入、家庭财产和家庭人口等基本情况发生变化时, 及时告知所在工会。</p> <p>3. 本人将积极配合工会及其他相关部门一起制定帮扶计划。</p> <p style="text-align: right;">申请人: _____ 日期: _____</p>

以下内容由各级工会填写:

公示结果: <input type="checkbox"/> 无异议 <input type="checkbox"/> 有异议, 异议是 _____					
调 查 情 况	家庭成员				
	家庭收入	工资性收入	家庭非薪资收入		
	家庭财产	不动 产	<input type="checkbox"/> 没有	机 动 车 辆	
			<input type="checkbox"/> 商品房__套, __平方米		<input type="checkbox"/> 没有
			<input type="checkbox"/> 自建房__套, __平方米		<input type="checkbox"/> 汽车__辆, 购买年份__
<input type="checkbox"/> 拆迁安置房__套, __平方米 <input type="checkbox"/> 商铺__套, __平方米			<input type="checkbox"/> 其他(有则填写名称, 数量, 购买年份, 无则填写无) _____		
	其他财产	<input type="checkbox"/> 没有, <input type="checkbox"/> 有 _____			
经调查核实, 申请人_____的情况_____ (符合/不符合)_____ (省 级以上/市级)困难职工申报建档条件。 调查人员: _____ 年 月 日					
基层工会 意见	_____ (盖章) 年 月 日	乡镇(街道)、开 发区(园区)工会 意见	_____ (盖章) 年 月 日		
县级工会 意见	_____ (盖章) 年 月 日	市级职工服务 中心(省有关产业 工会)意见	_____ (盖章) 年 月 日		

填表说明：

1. 申请人家庭存在以下情形的，不予认定、建档：拥有 2 套（含）以上住宅的；拥有商业店铺或雇佣他人从事经营活动的；子女进入高收费私立学校或自费出国留学的；非受雇佣经常使用机动车辆、船舶、工程机械以及大型农机具的；不如实提供、拒绝调查核实家庭财产和收入状况的。

2. 家庭成员是指登记在同一户口簿且共同生活的成员，或者虽然户口不在同一户口簿但具有法定赡养、扶养、抚养关系并共同生活的所有家庭人员，包括：（1）配偶；（2）父母和未成年子女；（3）已成年但不能独立生活的子女，包括户籍迁出的由家庭供养在校就读学生可计入共同生活的家庭成员；（4）其他具有法定赡养、扶养、抚养义务关系并长期共同生活居住的人员。

下列人员不计入家庭成员：（1）现役义务兵；（2）脱离家庭，独立生活一年以上的宗教教职人员；（3）离家出走，失踪一年以上人员；（4）在监狱、劳动教养场所内服刑、劳动教养的人员。

3. 本办法所称困难职工家庭人均收入是指“家庭可支配收入/家庭总人口”。家庭可支配收入=家庭总收入-缴纳所得税-社会保障支出。家庭总收入主要包括：（1）工资性收入。包括因任职或受雇而取得的工资、薪金、奖金和劳动分红、津贴、补贴以及与因任职或受雇有关的其它所得。（2）家庭经营纯收入。包括从事种植业、养殖业、捕捞业等农副业生产的劳动收入；从事手工业、餐饮业、批发和零售业、建筑业、交通运输业等的收入；从事土地承包、承租经营以及转包、转租经营收入。（3）财产性收入。包括利息、股息、红利和保险投资等收入；出租出让固定资产和无形资产、特许权等收入。（4）转移性收入。包括赡养费、抚养费、扶养费；继承性所得、赠与性所得、偶然性所得；养老金、离退休金、精简退职职工定期救助和遗属生活补助、人身伤害中的生活补助。（5）其它应计入家庭收入的项目。家庭总人口原则上以户籍为单位且常年共同生活的人口计算。实际共同生活而户口分离的家庭成员，由基层工会 2 人或 2 人以上入户调查确认后，可列为家庭主要成员。

4. 申报材料中需要填写的“本人月平均收入”是指职工上一年度工资性收入的平均值，以工资条、工资存折（卡）或单位开具的收入（扣除五险一金和税费）等收入证明为依据确认。

附件 3

职工（家庭成员）工资收入证明

_____同志是我单位职工（或聘用人员），其前_____个月的月均工资为_____元，月均实发工资_____元，年收入为_____元。

本单位所提供的以上证明内容属实。

经办人（签名）：

联系电话：

_____（劳资部门盖章）

年 月 日

附件 4

_____民主评议会议记录
(样式)

时间: _____

地点: _____

参会人数: _____

主持人: _____ 记录人: _____

内容: _____

附件 5

困难职工名单公示

(样式)

根据职工自愿申请，我单位于_____年____月__日召开会议，共有_____户列入评议对象，经民主评议评选出困难职工_____户，根据《河北省困难职工认定和档案管理办法》等有关规定，现予以公示(名单附后)。公示期为_____年____月____日至_____年____月____日。如有异议，请从即日起_____日内向本单位工会反映。

监督电话：

困难职工名单

职工姓名	家庭人口	家庭年度总收入	家庭年度必要性支出	主要致困原因	民主评议结果

单位工会联系人：_____

联系电话：_____

_____工会委员会(章)

_____年____月____日

附件 6

困难职工档案表

困难职工 困难农民工（劳动合同签订时间 _____，合同期限 _____）

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			年度必要支出	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								
附件 (包含内容请勾选)			附件名称	附件类型	备注						
			<input type="checkbox"/> 个人申请书； <input type="checkbox"/> 身份材料； <input type="checkbox"/> 户口页； <input type="checkbox"/> 收入材料； <input type="checkbox"/> 银行卡复印件； <input type="checkbox"/> 居住证； <input type="checkbox"/> 劳动合同； <input type="checkbox"/> 低保证； <input type="checkbox"/> 医疗诊断书； <input type="checkbox"/> 医药费票据复印件； <input type="checkbox"/> 残疾证； <input type="checkbox"/> 灾害证明； <input type="checkbox"/> 上学证明； <input type="checkbox"/> 其他								
备注 (主要致困原因简述等)											
医疗救助信息			每年所需医药费（元）	每年个人自付医药费（元）	每年所得医疗救助款（元）	是否参加基本医疗保险					
			备注								
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	
	备注					

立 卡 信 息	家庭 状况	1. 无劳动能力 2. 有劳动能力而未就业 3. 下岗失业 4. 未参加社会保险				
		5. 社会保险待遇落实不到位 6. 患重特大疾病 7. 遭受自然灾害				
		8. 遭受意外事故 9. 子女上学 10. 其他				
	五类重 点群体	1. 低保范围内有劳动能力而未充分就业的职工	四个一批措 施	1. 就业创业发展	七个行动 计划	1. 技能培训促进就业计划
		2. 低收入或生活水平低于低保线而未纳入低保的职工		2. 纳入社保制度覆盖		2. 创业援助计划
		3. 支出性生活困难的职工		3. 纳入大病保险和医疗互助保险保障		3. 阳光就业计划
		4. 城市困难农民工		4. 社会救助兜底		4. 职工医疗互助计划
		5. 供给侧结构性改革中的困难职工		5. 其他（注明）		5. 金秋助学计划
		6. 其他（注明）				6. 一帮一结对计划
						7. 送温暖精准计划
				8. 其他（注明）		
立卡时间：		帮扶单位：		帮扶联系人：		

附件 7

困难职工解困脱困联系卡（帮扶联系人存）

职工编号		职工姓名		性别		出生年月	
工作单位			家庭住址				
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				帮扶联系人			

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					
帮扶联系人		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险保障；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. 送温暖精准帮扶计划；8. 其他（注明）_____				
备注					

注意：此表一式三份，一份交困难职工存查，一份由基层工会保存，一份上报至职工服务中心。

附件 8

困难职工解困脱困帮扶台账

填报单位：（盖章）

填报时间： 年 月 日

序号	职工编号	职工姓名	性别	联系电话	困难类别	致困原因	工作单位	帮扶单位	帮扶联系人	帮扶联系人电话	解困脱困措施	解困脱困计划	帮扶任务完成时限	备注

注：1. 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险保障；（4）社会救助兜底；（5）其他（注明）。 2. 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）送温暖精准帮扶计划（8）其他（注明）