

# 池州市总工会办公室文件

池工办发〔2020〕9号

---

## 关于开展 2020 年困难职工生活救助和医疗 救助活动的通知

江南产业集中区工会，开发区、平天湖工会，市系统工会，市直有关基层工会、留守处：

根据《池州市困难职工帮扶民生工程实施办法》文件精神，经研究决定，开展 2020 年困难职工生活救助和医疗救助活动。现将有关事项通知如下：

### 一、救助对象

- 1、原市直国有（集体）破产、改制企业的下岗失业职工；
- 2、江南产业集中区、池州开发区、平天湖风景区所辖企业在职职工（农民工）；

3、市属企业职工（农民工）、市直机关单位职工（农民工）。

农民工必须提供劳动合同、或六个月工资的银行流水证明。

4、已退休职工不予救助。

## **二、救助条件**

### **（一）生活救助**

职工家庭因重大疾病、子女上学、自然灾害、意外事故、残疾等原因造成家庭生活困难，并满足“（家庭可支配收入-意外致困造成的支出费用）÷家庭总人口÷12≤当地低保标准或当地低保标准1.5倍”条件。

### **（二）医疗救助**

职工本人或配偶、共同生活的子女患恶性肿瘤（含白血病）、重型再生障碍性贫血、肾功能衰竭（尿毒症）、急性或亚急性重症肝炎、良性脑肿瘤、心脏瓣膜手术、内脏器官移植及其抗排异治疗、急性坏死性胰腺炎、慢性肝功能衰竭失代偿期、系统性红斑狼疮等重大疾病，住院医疗费用支出较高（2020年度医保结算单个人支付1万元以上），并满足“（家庭可支配收入-意外致困造成的支出费用）÷家庭总人口÷12≤当地低保标准或当地低保标准1.5倍”条件。

## **三、申报程序及申报材料**

### **（一）申报程序**

申请救助的困难职工向本人所在单位工会进行申报。改制、破产、关闭的原国有、集体企业下岗失业职工向本单位

留守处申报，留守处已经解散的，直接向市总工会帮扶中心申报。所在单位工会调查核实情况后，盖章确认，报市总工会困难职工帮扶中心。同时申报生活救助和医疗救助的，由市总党组会议研究确定救助对象。

## **(二) 申报材料**

1、本人申请报告（单位工会签署意见并盖章）；

原企业留守处已撤销的，所在社区工会签署意见并盖章。社区工会不签署意见盖章的，提供申请人的下岗证复印件。

生活救助和医疗救助活动均是以家庭户为单位的，如果夫妻双方同属市直企业，由一人提出申请，不得重复申请。

2、填写《困难职工（农民工）档案表》（附件1）；

档案表上须有职工所在单位工会签署意见并盖章。

3、低保证以及本年度低保金打卡发放复印件；

4、大病诊断证明书及本年度医疗发票复印件；

5、子女上高中或大学的，提供学生证或录取通知书复印件；

6、收入证明（家庭已成年成员均需全部提供）；

在职职工提供本人近6个月工资流水证明或由所在单位财务部门开具的工资证明；无相对固定工作单位的、零散就业、自由职业者等由临时用工单位出具收入证明（附件2）；配偶已退休的，提供退休金工资流水；无收入的，由所属辖区开具家庭现实状况证明。

7、职工本人池州工会会员卡（徽商银行）复印件；

写清持卡人姓名、分行、卡号、手机号，并核准信息无

误。

8、池州市居民家庭经济状况核对对象授权声明(附件3)。

不签署授权书的，不予救助；签署授权书，经比对，不符合条件的，不予救助。

申报材料3、4、5，有则提供，没有则无需提供。

#### **四、申报时间安排**

各单位请于2020年10月底前将符合帮扶救助条件的困难职工申报材料报送至市总工会困难职工帮扶中心。

**逾期不再接受本年度申报救助。**

#### **五、救助标准**

按照《池州市困难职工帮扶民生工程实施方案》的有关规定执行。

#### **六、活动要求**

##### **1、提高认识，加强领导**

困难职工帮扶民生工程是省政府33项民生工程之一，各级工会要提高认识、加强领导，精心组织、认真谋划，周密部署、严密实施，确保不漏一户、不落一人。

##### **2、精准识别，严格申报**

要采取有效措施，加强与职工联系，特别是对所属建档在册的困难职工家庭进行上门走访、认真摸底，精准识别、准确核查，确定帮扶救助的困难职工家庭名单。

##### **3、认真总结，上报情况**

活动结束后，各级工会组织要认真总结经验，进一步推动困难职工救助工作常态化、规范化，并将活动开展情况报

市总工会权益保障部。

- 附件：1、《困难职工（农民工）档案表》  
2、《收入状况证明》  
3、《池州市居民家庭经济状况核对对象授权声明》



**困难城镇职工档案表格（\*为必填项）**

职工编号			困难类别		档案类型	城镇困难职工	建档标准		
*姓名	*民族	*性别	*政治面貌	*身份证号		*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	
			自动算出	自动算出	自动算出				
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)		<input type="checkbox"/> 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"/> 子女上学			
		<input type="checkbox"/> 本人下岗失业	<input type="checkbox"/> 家属下岗失业	<input type="checkbox"/> 自然灾害	<input type="checkbox"/> 重大事故	<input type="checkbox"/> 收入低			
开户银行		支行名称			银行卡号	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□			
附件		附件名称		附件类型		备注			
所在单位（社区）工会审批意见					市总工会困难职工帮扶中心审批意见				
（盖章） 年 月 日					（盖章） 年 月 日				
建档人		审核人			录入人	自动生成无需填写			

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	自动生成无需填写	年龄	自动生成无需填写
	性别	自动生成无需填写	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	自动生成无需填写	年龄	自动生成无需填写
	性别	自动生成无需填写	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 2:

## 收入状况证明

(临时用工单位填写)

市总工会:

兹证明\_\_\_\_\_先生/女士, 身份证号: \_\_\_\_\_, 系我单位临时聘用人员, 其月平均收入为人民币: \_\_\_\_\_仟\_\_\_\_\_佰拾\_\_\_\_\_元整(小写¥\_\_\_\_\_ )。

此证明仅限申请困难职工帮扶救助使用, 我单位对以上所提供资料的真实性负法律责任。

特此证明。

临时用工单位经办联系人(签名):

联系电话:

临时用工单位(盖章):

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

附件 3:

## 池州市居民家庭经济状况核对对象 授权声明

本人（或监护人）及家庭成员授权并配合政府居民家庭经济状况核对机构对本家庭经济状况开展调查、核实，方法包括：入户调查、邻里访问、信函索证、信息比对等。

本人（或监护人）授权核对机构对本家庭经济状况开展调查，调查内容包括：家庭财产、家庭工资性收入、家庭经营净（纯）收入、家庭财产性收入、家庭转移性收入、其他相关收入等。

本人（或监护人）及家庭成员了解池州市社会救助相关政策，并承诺如实提供证明文件，如有虚假，愿承担全部后果，包括相应的法律责任。

### 授权人和其家庭成员（具有完全民事行为能力）签字

序号	姓名	与户主关系	身份证号码	签名（指模）
1				
2				
3				
4				
5				

单位：\_\_\_\_\_ 户籍地：\_\_\_\_\_

家庭住址：\_\_\_\_\_

授权人联系电话：

授权人（监护人）签字：

受理人签名：

年 月 日