附件3

全国、省级劳模病困帮扶补助金申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 劳模姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  |
| 社保卡号 |  | 社保保险号 |  |
| 最高荣誉（劳模或省级以上五一劳动奖章）： |
| 申请人在农业银行的账号： 联系电话： |
| 就业情况 | □在职 □退休 □农民 □其他  |
| 现居住家庭地址： |
| 社区化管理的退休劳模退管关系所在社区： |
| 共同生活家庭成员 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 工作单位/就读学校、职务 | 最近12个月的月平均收入 |
| 本人 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **家庭月平均收入** |  |
| 困难情况 | （请填写详细，重点突出造成困难的主要原因和有关数据。） |
| 有下列情形之一者不列为发放对象1.不列入低收入生活困难发放对象①在就业年龄内，有劳动能力但不主动就业或经就业服务机构介绍无正当理由拒绝就业的；②有子女自费出国、出境留学的；③拥有2套（含）以上住宅的；④拥有高值收藏物或者小汽车等高档消费品的。2.劳模被撤销荣誉称号或中止、终止执行有关劳模待遇的。3.其他不能列为发放对象的情形。**本人无以上情况，且提供信息完全属实。 申请人（签字）：**  年 月 日 |
| 单位工会或退管关系所在地社区工会审核意见： 公示时间： 年 月 日至 月 日，公示期间 异议。负责人签字：办公电话： 年 月 日（公章）手机：  | 区、产业工（联）会审核意见：年 月 日（公章） |

**说明：**1.本表A4单面打印，一式一份。2.另需附相关证明材料，如；本人和家庭的月平均收入证明、医疗费用单据、

病情诊断证明、出院记录、突发事件（如事故或者灾情）鉴定报告等。