附件1

省直单位困难党员、职工情况调查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在单位党组织（盖章）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 困难党员  职工姓名 | |  | | | | 性别 |  | | | 出生  年月 | |  | | | | 民族 | |  |
| 入党年月 | |  | | | | | | | | 参加工作时间 | | | |  | | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | | | |
| 工作单位及职务 | | | | |  | | | | | | | | 本人月均收入 | | 元 | | | |
| 配偶  情况 | 姓 名 | | | | 工作单位 | | | | | | | | | | | | 月均收入 | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | 元 | |
| 家庭  其他  成员  情况 | 姓 名 | | | | 称谓 | | | 工作单位 | | | | | | | | | 月均收入 | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | | | 元 | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | | | 元 | |
|  | | | |  | | |  | | | | | | | | | 元 | |
| 家庭成员  全年总收入 | | | | 元 | | | | 家庭人  口总计 |  | | | 家庭人均  月收入 | | | | | 元 | |
| 具体困难情况（不够填写的可附纸说明） | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在  单位  工会  组织  意见 | 盖章  年 月 日 | | | | | | | | | 所在  单位  党组  织意  见 | 盖章  年 月 日 | | | | | | | |

附件2

福建省直机关关心关爱专项资金审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期一寸照片 |
| 文化程度 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 单位 |  | | | 职务 |  |
| 家庭年  总收入 |  | 家庭  人口 |  | 联系人  联系电话 |  |
| 健康  状况 |  | 入党  时间 |  | 所在  党组织 |  | |
| 家庭  住址 |  | | | 身份证  号码 |  | |
| 简  历 |  | | | | | |
| 申请  类型 | 请在下列所属类型方框内打“√”：  □1.因公牺牲、因工死亡的党员家庭和因公致残的党员；  □２.在职期间突发疾病导致死亡，依规未被认定为因工（公）死亡的党员家庭；  □３.建国前入党的未享受离退休待遇的城镇老党员；  □4.家庭年人均收入在当地低保标准三倍以内的生活困难党员  □5.获得省直机关及以上（不含省直单位内部表彰）表彰奖励获得者中的生活困难人员；  □6.党龄50周年以上生活困难的党员；  □7.因患重病住院治疗的省直单位专职党务干部；  □8.因自然灾害本人或配偶一方因失业给家庭造成较大生活困难的党员。 | | | | | |
| 申请金额 | 仟 佰 拾 元 角 分 ¥： 元 | | | | | |
| 申请  条件 |  | | | | | |
| 近三年的民主评议情况 |  | | | | | |
| 机关党委初审意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 党组（党委）审核意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | |
| 省直机关工委 复核意见 | （单位盖章）  年 月 日 | | | | | |