

# 山东省医务工会工作委员会

鲁医工字〔2019〕1号

## 关于报送 2019 年元旦春节期间走访慰问 困难职工（劳模）名单的通知

各市医务工会，委直属单位、高校附院工会，委机关、省计生协会机关工会：

为切实做好全省卫生健康系统困难职工帮扶工作，根据省总工会有关工作要求，现就开展 2019 年元旦春节期间送温暖活动，报送困难职工（劳模）名单有关事项通知如下：

### 一、报送的困难职工（含劳模）范围和数量

连续 6 个月以上家庭实际人均收入低于当地最低生活保障标准，未经政府救助，生活特别困难的干部职工；家庭人均收入低于当地最低生活保障标准，经政府救助后仍生活困难的干部职工；家庭人均收入略高于当地最低生活保障标准（上浮 50%），但由于疾病、子女上学、残疾、单亲及其他特殊原因造成生活困难的干

部职工；家庭人均收入在当地最低生活保障标准3倍（含）以内，但由于遭受突发事件、意外伤害、重大疾病及其他原因导致生活困难的干部职工；因遭受突发事件、意外伤害、重大疾病等其他原因导致一定生活困难的省部级以上劳模。离退休职工、已去世职工（家庭）不在申报范围之内。

以上所提关于“家庭人均收入”，是指家庭可支配收入/家庭总人口。其中家庭可支配收入=家庭总收入-缴纳所得税-社会保障支出。家庭总收入包括工薪收入、经营净收入、财产性收入（如利息、红利、房租收入等）、转移性收入（如养老金、离退休金、社会救济收入等）。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。关于“当地最低生活保障标准”，济南市和驻济单位执行济南市区标准616元/月，其他市和单位执行所在地标准。

各市各单位应参照困难职工建档标准申报名单，其中各市申报人员不应与申报市总工会的名单重复，且原则上不超过5人；各单位申报数量不限。

## 二、申报材料

1. 困难职工情况统计表、困难职工档案表；
2. 困难职工所在单位开具的收入证明（配偶无工作单位的可在居住地居委会或村委会开具无工作、无收入证明）；
3. 已享受低保的提供低保复印件；
4. 配偶失业的提供失业证复印件；
5. 单亲家庭的提供单身证明或离婚证复印件；

6. 夫妻双方身份证复印件;
7. 家庭户口本索引复印件;
8. 因病致困的提供本人或直系亲属近期医保定点医院诊断和诊治证明、医疗费用结算单;
9. 家庭遭受意外灾害的提供定损单位出具的证明材料;
10. 困难职工所在单位公示结果材料、困难职工房产和车辆相关证明材料。

### 三、工作要求

(一) 摸底排查，建档立卡。各市各单位要按照明确标准、精准识别、分级负责、动态管理的工作要求，对困难职工进行精准识别，全面细致掌握困难职工的基本状况、致困原因、困难程度和具体需求等信息。对符合条件的困难职工（劳模），要认真组织填写档案信息（见附件1）、提报有关证明材料，核查相关信息，做好建档立卡工作。要根据困难职工家庭变化情况，对困难职工信息及时更新，实施动态管理。

(二) 因困施策，精准帮扶。各市各单位要对已建档困难职工进行普遍走访慰问，并根据困难职工实际情况，开展有针对性的分类帮扶，做到区别情况、因困施策、因人施助、标本兼治。在此基础上，省医务工会对上报的困难职工（劳模）进行救助慰问。

(三) 加强领导，严格审核。各市各单位要高度重视，加强领导，谋划好、组织好、开展好2019年的元旦春节期间送温暖活

动。要强化责任落实，做到认真审核、严格把关，确保提报名单条件过硬、申报材料真实齐全。经初审符合申报条件的拟救助慰问对象名单，须在本单位公示无异议后，提交省医务工会审核。凡有档案信息与事实不符、瞒报漏报等情况的，一经查实，按规定追究相关人员责任并予以通报批评。

请各市各单位于2019年1月10日前将汇总后的困难职工情况统计表（附件2）和困难职工档案表经工会主席签字并加盖工会章，连同申报材料（一式一份）报省医务工会，电子版发送至邮箱 sdywgh@126.com。

联系人：周 瑞，联系电话：0531-67876365。

- 附件：1. 困难职工档案表  
2. 困难职工情况统计表

山东省医务工会工作委员会

2019年1月2日

（信息公开形式：依申请公开）

附件 1

# 困难职工档案表

填报单位（公章）：

工会主席（主任）：

职工编号		困难类别	
姓名	民族	性别	政治面貌
			身份证号
住房类型	建筑面积	其他联系方式	出生日期
		手机号码	邮政编码
	家庭住址	工作单位	所属行业
			单位性质
本人月平均收入	家庭其他非薪资年收入	家庭人口	户口所在地行政区划
		家庭年度总收入	是否单亲
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			企业状况
			婚姻状况
			是否为零就业家庭
			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
			月收入
			医保状况
			身份
			单位或学校
主要致困原因			
次要致困原因			
其他(文字描述)			
开户银行	支行名称	附件名称	银行卡号
附件	附件类型	附件名称	备注
备注			

## 填表说明

- 1、困难类别：请填写“低保户”、“低保边缘户”、“意外致困户”。
- 2、政治面貌：请填写“中共党员”、“共青团员”、“群众”、“民主党派”或“其他”。
- 3、身份证号：必须是18位。
- 4、健康状况：请填写“良好”、“疾病-恶性肿瘤、心血管病、脑血管病、终末期肾病、精神病、肝病、血液病、糖尿病、肿瘤病、腰颈椎病、高血压病、肺病、一般疾病、深度昏迷、严重阿尔茨海默病、严重帕金森病、严重运动神经元病”、“残疾”。
- 5、工作状态：请填写“在岗”、“下(待)岗”、“失(无)业”、“退休”、“离休”、“病退”、“病休”、“内退”。
- 6、劳模类别：请填写“非劳模”、“全国劳模”、“省部级劳模”、“地市级劳模”、或“其他”。
- 7、住房类型：请填写有房：“自建房”、“商品房”、“经济适用房”、“两限房”，无房：“承租单位公房”、“政府廉租房”、“租房”或“其他”。
- 8、建筑面积：请填写“20 m<sup>2</sup>以下”“20 m<sup>2</sup> (不含)至50 m<sup>2</sup> (含)”、“50 m<sup>2</sup> (不含)至70 m<sup>2</sup> (含)”或“70 m<sup>2</sup>以上”。
- 9、所属行业：请填写“农、林、牧、渔业”、“采矿业”、“制造业”、“电力、热力、燃气及水生产和供应业”、“建筑业”、“批发和零售业”、“交通运输、仓储和邮政业”、“住宿和餐饮业”、“信息传输、软件和信息技术服务业”、“金融业”、“房地产业”、“租赁和商业服务业”、“科学研究和技术服务业”、“水利、环境和公共设施管理业”、“居民服务、修理和其他服务业”、“教育”、“卫生和社会工作”、“文化、体育和娱乐业”、“公共管理、社会保障和社会组织”、“国际组织”。
- 10、婚姻状况：请填写“未婚”、“已婚”、“离异”、“丧偶”。
- 11、户口类型：请填写“非农业”、“农业”。
- 12、单位性质：请填写“国有机关/事业单位”、“国有企业”、“集体企业”、“民营/私营/个体企业”、“与港澳台合资/合作”、“中外合资/合作”或“其他”。
- 13、企业状况：请填写“亏损企业”、“改制企业”、“关闭破产企业”、“正常”、“其他”。
- 14、是否单亲：请填写“是”或“否”。
- 15、本人月平均收入、家庭其他非薪资年收入、家庭年度总收入：以上收入包括工薪收入、经营净收入、财产性收入(如利息、红利、房租收入等)、转移性收入(如养老金、离退休金、社会救济收入等)。
- 16、医保状况：请填写“无医保”、“城镇职工医保”、“城镇居民医保”、“新农合”、“其他”。
- 17、家庭成员关系中，关系请填写“父亲”、“母亲”、“丈夫”、“妻子”、“儿子”、“女儿”或“其他”，政治面貌、身份证号、健康状况参见前文所述，身份请填写“劳模”、“在岗”、“下(待)岗”、“失(无)业”、“退休”、“病休”、“内退”、“农民工”、“研究生”、“大学生”、“中职中技”、“高中”、“初中”或“小学”。
- 18、是否有一定自救能力：请填写“是”或“否”。
- 19、是否为零就业家庭：请填写“是”或“否”。
- 20、户口所在地行政区划：户口所在地填到街道办事处、乡镇
- 21、主要致困原因：请填写因病致贫：“本人大病”、“供养直系亲属大病”、“本人残疾”、“家属残疾”，意外灾害：“自然灾害”、“重大事故”，收入低无法维持基本生活：“本人下岗失业”、“家属下岗失业”、“收入低”，“子女上学”，其他：需文字描述”等，最多不超过3项。本人患大病的需具体说明患病的病种名称，直系亲属患大病的需说明与直系亲属的关系及病种名称。

附件 2

# 困难职工情况统计表

市/单位: (盖章)	联系人:						电话:			手机:	年	月	日
	姓名	性别	年龄	工作单位	身份证号	本人月收入	配偶月收入	家庭人均月收入	当地低保执行标准	家庭困难情况及原因			