**生活困难补助申请表**

 **填表日期：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人基本情况** | **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | **人事编号** |  |
| **申请金额（元）** | **🞎 2000 🞎 5000 (√）** | **月收入（元）** |  | **联系方式** |  |
| **家庭居住地址** |  |
| **家庭主要成员情况** | **姓名** | **年龄** | **关系** | **工作单位** | **职业** | **月收入（元）** | **健康状况** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **申请困难补助理由** | （1）本人身患重大疾病或大手术，所承担的自费医疗费当年超过2万元的：**🞎是 🞎否**（2）因负担无固定收入或无医疗保障的配偶自费医疗费当年超过3万元的：**🞎是 🞎否**（3）因供养共同生活身患重病或身残智障等不能劳动的配偶或子女： **🞎是 🞎否**（4）因本人家庭遭遇严重自然灾害或意外变故，造成重大经济损失的：  **🞎是 🞎否**（5）因其它原因造成生活特别困难的： **🞎是 🞎否** |
| **申请人****承诺** | 承诺内容：**本人承诺以上所填写资料真实，如有虚假，愿承担相应责任及后果。** | **申请人/代申请人签字** |  |
| **申请人****所在退休小组意见** | 小组长签字：日期： | **申请人所在二级单位****意见（盖章）** | 负责人签名：日期： |
| **退（离）休教工协会意见（盖章）** | 负责人签字：日期： | **离退休工作处意见****（盖章）** | 负责人签名：日期： |
| **备注** |  |

**注：1. 本表用于离退休教职工申请困难补助，可复印。**

 **2. 申请困难补助因第（1）、（2）点的需提供三甲医院诊断病历/出院证明和发票复印件；第（3）、（4）、（5）点的需提供有关单位出具的证明材料。**

**3.本表由小组长签字和所在二级单位签字盖章后提交退协办公室（教工活动中心B101）.**