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 |