六安市总工会文件

六工发[2018]74号

关于做好2018年度市直单位

困难职工医疗救助活动和2019年度

两节送温暖调查摸底工作的通知

市直各单位工会：

为做好2018年度困难职工医疗救助活动和2019年度两节送温暖工作，解决困难职工生活实际问题，市总工会决定在市直单位困难职工中开展大病医疗救助和“两节”送温暖活动，现将有关事项通知如下：

**一、调查摸底范围**、**对象**

**（一）建立困难职工电子档案的范围**

各单位工会要对本单位困难职工状况进行实地调查，摸清底数，掌握困难职工数量增减变化的情况、致困原因等，认真调整完善困难职工档案并如实上报。

建立困难职工电子档案的条件为：

1、家庭人均收入低于当地最低生活保障线，经政府救助后仍然生活困难的职工家庭。

2、家庭人均收入略高于当地最低生活保障线（即低保边缘户：人均收入在560元/月至1120元/月之间），但由于患病、子女上学、残疾、单亲及其他特殊原因造成生活困难的职工家庭。

3、因职工本人或家庭成员遭遇突发事件、意外伤害、重大疾病或其他特殊原因导致生活困难的职工家庭。

**（二）医疗救助对象的范围**

各单位工会要在建立健全电子档案的基础上，对符合本次医疗救助条件的优先筛选，帮助他们解决实际问题，努力实现“全覆盖，不遗漏”。

本次医疗救助对象的条件为：

（1）家庭人均月收入低于1120元的低保及低保边缘户困难职工，本人、配偶、未成年子女或与其共同生活的直系亲属患有大重病，2018年住院医疗费个人自付部分超过3000元（指2018年1月-2018年12月住院治疗费用）；

（2）家庭人均月收入在1121--2000之间的困难职工，本人、配偶、未成年子女或与其共同生活的直系亲属患有大重病，2018年住院医疗费个人自付部分超过7000元（指2018年1月-2018年12月住院治疗费用）；

（3）家庭人均月收入在2011元—3000元之间的困难职工，本人、配偶、未成年子女或与其共同生活的直系亲属患有大重病，2018年住院医疗费个人自付部分超过20000元（指2018年1月-2018年12月住院治疗费用）；

 二、申报办法

**（一）申请程序**

职工本人向所在单位工会提出书面申请，经所在单位工会

调查核实并公示无异议后，领取《六安市困难职工医疗救助申请表》（申请医疗救助填写）或者《六安市困难职工建档表》（申请送温暖填写），由职工本人如实填写并交所在单位工会，单位工会签署意见后，将纸质材料及公示结果一并送交职工服务中心审核。也可以通过六安市工会职务服务网（http://www.laszgh.org/）上报市工会职工服务中心，并上传相关资料等待审核。

**（二）需要提交的资料**

**1、申请大病救助的需提交以下资料：**

（1）书面申请（须本人签名或盖章）；

（2）职工本人及家庭成员身份证复印件；

（3）六安市居民家庭经济状况核对承诺授权书；

（4）家庭成员收入证明（有单位的职工需提供近六个月的工资条或工资银行账户流水明细、家庭成员中有实行社会化管理的退休人员还需提供养老金个人银行账户流水明细、无单位的由社区提供）；

（5）《六安市困难职工医疗救助申请表》（由单位工会签署意见并盖章）；

（6）单位工会填写的《六安市困难职工医疗救助汇总表》；

（7）医保定点医院主要病历复印件（住院记录、诊断书，原件由单位工会审核），2018年度住院费用医保结算单据复印件（须能真实反映自付医药费金额，不含门诊和非医院药费单据）;

（8）低保户须提供2018年享受或领取凭证复印件（原件由单位工会审核），非职工本人须提供证明其共同生活的户口证明材料;

（9）农民工需出示与用人单位有关的劳务关系证明；企业下岗改制失业人员须出示下岗失业证；残疾人须出示残疾证。

**2、申请2019“两节”送温暖的需提交以下资料：**

（1）书面申请（须本人签名或盖章）；

（2）职工本人身份证复印件（职工直系亲属患病的需同时提交患病者身份证复印件）；

（3）家庭成员收入证明（有单位的单位填写，无单位的社区填写。收入证明必须签名并盖章）；

（4）《六安市困难职工建档表》（由单位工会签署意见并盖章）；

（5）单位工会填写的《六安市2019年两节送温暖困难职工调查摸底汇总表》。

（6）低保户须提供2018年享受或领取凭证复印件（原件由单位工会审核），非职工本人须提供证明其共同生活的户口证明材料;

（7）农民工需出示与用人单位有关的劳务关系证明；企业下岗改制失业人员须出示下岗失业证；残疾人须出示残疾证。

基层工会需同时报送《六安市困难职工医疗救助汇总表》及《六安市2019年“两节”送温暖困难职工调查摸底汇总表》电子版。

**三、申报时间**

医疗救助和两节送温暖的相关资料和表格请于2018年12月10日前上报市总工会困难职工帮扶中心（电话：3384136），逾期不予申报。

**四、相关要求**

**1、严格把关。**各单位工会在调查确定救助对象时，要逐户上门走访，实事求是，严格把关，杜绝虚报、漏报，确定困难职工对象后必须在本单位公示。本次上报的困难职工作为市直各单位建立困难职工电子档案的重要依据，实行动态管理，今后相关帮扶工作对象将在此基础上微调。

**2、多渠道筹集资金。**各单位工会要在市总工会安排专项资金基础上，积极向单位党组织和行政汇报，争取党政对帮扶活动资金的大力支持。同时还要采取多种方式广泛筹集社会资金和物资，积极动员社会各界为困难职工提供帮助。

**五、注意事项**

1、不能认定为困难职工的人员：职工家庭拥有2套（含）以上住房的；拥有商业店铺、厂房等生产经营房产或雇佣他人从事经营活动的；非受雇佣经常使用机动车、船舶、工程机械以及大型农机具的；子女进入高收费私立学校或自费出国留学的；本人或家庭成员拥有正常劳动能力，在失业后一年内无故拒绝工会和其他部门3次（含）以上就业推荐的；已实行社会化管理的退休人员不纳入救助范围，尚未实行社会化管理的退休人员原则上不纳入救助范围。

2、不允许重复申报。2016年、2017年、2018年已享受市总工会特困职工定期救助的不在本次送温暖范围；同一困难职工医疗救助原则上一年一次。

3、准确填写银行卡号。困难职工帮扶款一律采取银行转账的方式，请各单位在困难职工档案表中一定填清困难职工银行卡号（申请人姓名与银行卡号必须一致），并提前进行激活。

附：1、《六安市居民家庭经济状况核对承诺授权书》

2、《六安市困难职工医疗救助申请表》

 3、《六安市困难职工医疗救助汇总表》，

4、《六安市困难职工建档表》

5、《六安市2018年度“两节”送温暖困难职工调查摸底汇总表》

6、收入状况证明

 六安市总工会

 2018年11月7日

**附件1**

**六安市居民家庭经济状况核对承诺授权书**

本家庭已提出申请享受 ，本家庭同意取得此授权书的有关民政部门及其工作人员向所涉及到本家庭经济状况信息的部门或机构查询、核对本家庭财产和收入状况，核查内容包括本人及家庭成员的社保缴纳金、机动车辆、房屋、存款、生产经营等状况，已同意所有涉及到本家庭经济状况信息的部门或机构将所掌握的资料和信息提供给有关民政部门。

特此授权

查询所涉及的家庭成员（包括共同生活的家庭成员及法定赡养人、抚养人、扶养人）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 与户主关系 | 身份证号码 | 指模 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

授权家庭（户主）签字： 授权单位（盖章）

联系电话： 日期： 年 月 日

**附件2**

六安市困难职工医疗救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 民族 | 性别 | 政治面貌 | 出生日期 | 身份证号 | 健康状况 | 残疾类别 | 身份 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 劳模类型 | 住房类型 | 建筑面积 | 联系电话 | 工作时间 | 所属行业 | 婚姻状况 | 户口类型 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭住址 | 工作单位 | 单位性质 | 企业状况 | 是否单亲 |
|  |  |  |  |  |
| 本人月平均收入 | 家庭年度总收入 | 家庭人口 | 家庭年人均收入 | 户口所在地行政区划 | 是否进入医保 |
|  |  |  |  |  |  |
| 家庭成员关系 | 姓名 | 关系 | 政治面貌 | 身份证号 | 健康状况 | 月收入 | 身份 | 单位或学校 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 困难原因 |  | 所患病种 |  | 医药费总额 | 自负医疗费 |
| 　　　　　　万元 | 　　　　　　万元 |
| 开户银行 |  | 支行名称 |  | 银行卡号 |  |
| 核实意见 | 核实情况 | 所在单位工会意见 |
| 核实人： | 　 　 （盖章）　　　　 工会主席（签字）： |
| 市直工会意见（盖章） |  | 市总工会意见（盖章） | 经 月 日市总党组会议研究给予 救助 元。 |

 日期： 年 月 日

**附件3**

**六安市困难职工医疗救助汇总表**

单位工会(章)： 填报人： 时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 家庭住址 | 困难原因 | 联系电话 | 自付医药费 | 开户行及账号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件4**

六安市困难职工建档表

 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 职工编号 |  | 困难类别 |  |
| 姓名 | 民族 | 性别 | 政治面貌 | 出生日期 | 身份证号 | 健康状况 | 残疾类别 | 身份 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 劳模类型 | 住房类型 | 建筑面积 | 联系电话 | 工作时间 | 所属行业 | 婚姻状况 | 户口类型 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭住址 | 工作单位 | 单位性质 | 企业状况 | 是否单亲 |
|  |  |  |  |  |
| 本人月平均收入 | 家庭年度总收入 | 家庭人口 | 家庭年人均收入 | 户口所在地行政区划 | 是否进入医保 |
|  |  |  |  |  |  |
| 家庭成员关系 | 姓名 | 关系 | 政治面貌 | 身份证号 | 健康状况 | 月收入 | 身份 | 单位或学校 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 开户银行 |  | 支行名称 |  | 银行卡号 |  |
| 致困主要原因 |  |
| 职工本人申请 |  | 单位工会意见 |  |
| 市直工会意见 |  | 市总工会意见 |  经 月 日市总党组会议研究给予 救助 元。 |

**附件5**

**六安市2019年度“两节”送温暖困难职工调查摸底汇总表**

填报单位(章)： 填报人： 　年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 工作单位或家庭地址 | 困 难 情 况 | 联系电话 | 开户行及账号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**附件6**

收入状况证明

（单位填写）

市总工会：

　　兹证明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 先生/女士（□已婚、□未婚、□离婚），身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，系我单位（□正式、□聘用、□兼职）在职员工，其已在我单位工作\_\_\_\_年，其月均总收入为人民币：\_\_\_仟\_\_\_佰\_\_\_拾\_\_\_元整（小写￥ ）。

　　**此证明仅限申请困难职工帮扶救助使用，我单位对以上所提供资料的真实性负法律责任。**

　　特此证明。

人事劳资部门经办联系人（签名）：

联系电话：

单位（盖章）：

单位地址：

 20\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

收入状况证明

（社区填写）

市总工会：

兹证明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 先生/女士（□已婚、□未婚、□离婚），身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，系我我社区居民，系（□灵活就业人员、□公益性岗位就业人员、□无业人员），（□有、□无）收入来源。其月均总收入为人民币：\_\_\_仟\_\_\_佰\_\_\_拾\_\_\_元整（小写￥ ）。

该家庭（□是、□否）低保家庭，低保证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，家庭月低保金总额为\_\_\_仟\_\_\_佰\_\_\_拾\_\_\_元整（小写￥ ）。

　　**此证明仅限申请困难职工帮扶救助使用，我单位对以上所提供资料的真实性负法律责任。**

　　特此证明。

社区经办联系人（签名）：

联系电话：

社区（盖章）：

社区地址：

　　 20\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日