附件

北京市医院管理中心生活困难团员

帮扶补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 出生日期  （ 周岁） | |  | |
| 身份证号码 | | |  | | | | | | 是否在职 | |  | |
| 团内职务 | | |  | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 工作单位 | | |  | | | | | | 本人月收入  （元） | |  | |
| 团支部名称 | | |  | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | | |  | | | | | | | | | |
| 直系亲属收入情况 | 与  本人关系 | | 姓名 | | | 年龄 | | 工作单位、职务  或职业 | | | | 月收入  （元） |
|  | |  | | |  | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  |
|  | |  | | |  | |  | | | |  |
| 困难情况 | | | |  | | | | | | | | |
| 已享受补助  形式和金额 | | | |  | | | | | | | | |
| 所在基层  团组织意见 | | | | 支部书记（签字）  年 月 日 | | | | | | 团委书记（签字）  （公章）  年 月 日 | | |
| 基层党组织  意见 | | | | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 市医院管理  中心团委  审批意见 | | | | （盖 章）  　 　 年　 月 　日 | | | | | | | | |

注：1.此表由市医院管理中心团委集中审核，相关证明材料由各医院留存副本并建立困难团员档案。此表A4正反面打印。2.“家庭困难情况”应包括：困难主体、困难原因、家庭月收入、看病及处理困难事件等开销情况；3.直系亲属主要包括：父母、配偶、子女及兄弟姐妹。

（此件不公开）

北京市医院管理中心办公室 2021年3月19日印发