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