附件2

省级劳模困难帮扶申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 劳模姓名 |  | 性别 | |  | 年龄 | |  | | 就业情况 | | |  |
| 工作单位及职务 |  | | | | | | 何年获得何级劳动模范称号（最高荣誉） | | | | |  |
| 家庭住址 |  | | | | | | 电话 | |  | | | |
| 手机 | |  | | | |
| 身份证  号码 |  | | | | | | | | | | | |
| 收款账号 |  | | | 收款账户名称 | |  | | | | 收款银行全称 |  | |
| 本人月收入 |  | 家庭人口 | |  | | | 家庭月总收入 | | | | |  |
| 与劳模本人  共同生活的  家庭成员 | 姓 名 | 称谓 | | 工作单位或子女读书学校、年级 | | | | | | | | 成员月收入 |
|  |  | |  | | | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | | | | |  |
|  |  | |  | | | | | | | |  |
| 主要困难原因：（要写清是因低收入、疾病、天灾、家庭成员无就业能力、子女教育，或其它造成困难的详细原因，并附收入证明材料或疾病证明等有关证明材料，字数不够可另附页）  申请人签字：  申请日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 申请人所在单位  联系人： | | | 申请人所在单位  联系电话： | | | | | 县（区）总工会  联系电话： | | | | |
| 申请人所在单位工会  审核意见：（含单位行政、单位工会、所在社区居委会或街道或村委会）  （盖章） 年 月 日 | | | 厅局直属（机关）工会  审核意见：  （盖章） 年 月 日 | | | | | 市级总工会  审核意见：  （盖章） 年 月 日 | | | | |

（ 年度）