关于开展2023年困难职工

调查摸底和建档立卡工作的通知

各县、区总工会，高新区、亳芜产业园区、市直基层工会：

为深入学习贯彻党的二十大精神，贯彻落实省委十一届四次全会精神和全总工作部署要求，进一步巩固困难职工解困脱困工作成效,扩大困难职工帮扶救助覆盖面，市总工会决定2月下旬至3月中旬期间，在全市范围内深入开展2023年困难职工调查摸底和建档立卡工作。现将有关事项通知如下：

 一、调查摸底的对象

（一）深度困难职工家庭：指家庭收入扣减因病、因残、因子女上学等家庭刚性支出必要费用后，家庭人均纯收入低于当地最低生活保障标准的职工家庭。

（家庭成员年度可支配收入-因困支出）÷12÷家庭共同生活人口≤当地最低生活保障标准

（二）相对困难职工家庭：指家庭收入扣减因病、因残、因子女上学等家庭刚性支出和必要就业成本后，家庭人均纯收入低于当地最低生活保障标准2倍的职工家庭。

（家庭成员年度可支配收入-因困支出）÷12÷家庭共同生活人口≤当地最低生活保障标准2倍

（三）意外致困职工家庭：指职工本人或家庭成员因突发事件、意外伤害、患重大疾病，在获得各类赔偿补偿、保险支付、社会救助和社会帮扶后，年度内致困费用（损失）在3.6万元以上造成家庭生活困难的职工家庭。

（四）对在城市有固定居所的农民工，生活遇到特殊困难的，帮扶应符合以上规定条件且有一年以上事实劳动关系。

（五）因公牺牲干部职工遗属和工亡家属家庭符合以上规定条件的，可纳入帮扶范围。

二、救助标准

（一）深度困难职工家庭：年度内生活救助标准为10个月当地城市低保标准；医疗救助标准不超过个人承担部分；对新建档困难职工和困难农民工家庭子女就读于普通高校(含大专)的,助学救助标准每生每年按照10个月当地城市低保标准。

深度困难职工家庭帮扶救助应遵循就高不就低原则，最大限度帮扶困难职工。根据深度困难职工家庭状况年度内可以给予多重救助，但在给予多重救助时，要将前一救助资金作为家庭收入进行建档核算，依然符合建档的给予救助。

（二）相对困难职工家庭：年度内生活救助标准为8个月当地城市低保标准；医疗救助标准按照个人承担部分的80%救助，最高不超过1.6万元。对新建档困难职工和困难农民工家庭子女就读于普通高校(含大专)的，助学救助标准每生每年按照8个月当地城市低保标准。相对困难职工家庭只予单一项目救助，不予多重救助。

（三）对符合深度困难、相对困难建档条件的困难职工家庭在校学生(含学前教育、义务教育、高中阶段教育、中职),助学救助标准按照缴纳学费发票的实际支出发放助学金（每生每年不超过2000元），切实减轻困难职工家庭学费负担,保障其完成学业,防止发生因学返困。对生活困难但不符合建档条件的困难职工家庭接受特殊教育的残疾儿童,助学救助标准按照缴纳学费发票的实际支出发放助学金（每生每年不超过2000元）。

（四）意外致困职工家庭：根据职工突发事件、重大疾病等因困支出总额的15％确定帮扶标准，最高不超过1万元。

三、救助程序

（一）困难职工本人申请。由困难职工本人向所在单位或工会提出书面申请，如实填写《家庭经济状况核对承诺授权书》并提供职工身份证、家庭户口本，家庭财产收入证明，家庭困难证明材料等相关证明材料。

（二）基层单位工会初审。企事业单位基层工会两名以上工作人员进行走访调查，了解核实困难职工家庭收入和致困原因，填写《困难职工家庭走访调查表》。对符合条件的签具初审意见盖章，将相关申报材料上报市（县、区）总工会困难职工帮扶中心审核。

（三）市（县、区）工会审核。市（县、区）总工会帮扶中心对上报的申请材料进行审核，提出审批意见。深入申请人家庭走访核查，对建档存疑的要做到走访核查全覆盖，本年度新建困难职工走访核查不低于50%。

（四）信息比对和公示。对申请人家庭经济状况进行比对，比对结果符合建档条件的，进行公示，公示不少于5个工作日，公示无异议，予以建档帮扶。

 （五）复核审批。市县、区困难职工帮扶中心对申报对象进行核实确定后，根据核实情况和本办法规定的救助标准提出救助意见，经市、县区工会主席办公会议研究，签署审批意见，确定为困难救助对象。

（六）资金发放。市（县、区）总工会财务部将救助资金实名制打卡发放。

 （七）中央、省财政专项帮扶资金发放明细应同步录入全国工会帮扶工作管理系统，并逐级上报上级工会。

四、工作措施

（一）保障建档困难职工基本生活。大力开展城市困难职工帮扶救助工作，为困难职工提供生活救助、子女助学、大病救助等帮扶措施，加大困难职工解困脱困力度，切实保障建档困难职工基本生活。对符合困难职工建档条件的要及时建档、及时帮扶。要分类建立完善不同程度的困难职工档案，对困难职工进行梯度帮扶。

（二）应帮尽帮进一步精准施策。要保持主要帮扶政策总体稳定，按照全总和省总帮扶政策要求，不人为降低救助标准，管好用好困难职工财政专项资金，最大化的帮助建档困难职工；要统筹协调各方资源，汇集各方力量共同帮助困难职工，要发挥职工医疗互助互济作用，把更多的困难职工纳入职工互助保障范围，降低困难职工的医疗风险。

（三）提升困难职工档案管理规范性。加强困难职工档案专人管理机制，各级总工会要组织工作人员对《安徽省工会困难职工帮扶实施办法（试行）》和《中华人民共和国档案法》进行深度学习再培训，进一步准确把握政策要求的能力水平，做到一户一档，困难职工档案管理规范、资料完整齐全，困难职工纸质档案和电子档案一致。（困难职工档案清单见附件1）

五、几点要求

 困难职工调查摸底是一项经常性的工作，也是一项关系到能否将党委政府的温暖及时、准确送到困难职工家庭中的一件大事，为高标准做好此项工作，现提出如下要求：

（一）高度重视，认真组织。各单位、各级工会组织要提高认识，认真组织，结合实际制订工作实施方案，认真开展困难职工调查摸底和建档立卡工作。

（二）掌握规定，严格把关。各单位、各级工会本着“谁申报、谁负责”的原则，按照困难职工申报条件和程序，严格把关，认真做好困难职工的调查摸底和建档立卡工作。

（三）透明公开，确保公正。市总工会将把困难职工名单在亳州市总工会信息公开网上进行公示，确保困难职工确认工作公开、公平、公正。对弄虚作假造成严重影响的单位或个人，市总将视情节给予批评教育或通报处理。

（四）统计汇总，及时上报。市直各单位要于3月中旬前将困难职工申报材料报市总工会职工服务中心（联系人：马吉祥；联系电话：3032682）。

特此通知。

附件: 1、困难职工档案清单

2、申报材料样表

亳州市总工会

 2023年2月24日

附件1

困难职工档案清单

1. 困难职工帮扶救助申请书
2. 困难职工档案表格
3. 救助申请家庭经济状况核对承诺授权书
4. 困难职工家庭走访调查表
5. 因父母患病申请医疗救助承诺书
6. 基层公示
7. 三必查证明材料
8. 职工本人及家庭成员收入证明
9. 因困支出证明
10. 社保卡复印件

附件2-1

困难职工帮扶救助申请书

本人姓名 ，性别： ，工作单位：

 ，身份证号： 。

本人因（子女上学、大病、意外致困、收入低等原因）

致使生活困难，向工会组织申请救助。本人对申请救助信息的真实性负责。如提供虚假申请材料的，自愿承担相应责任。

申请人签字：

 年 月 日

附件2-2 **困难城镇职工档案表格（\*为必填项）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*职工编号 |  | \*困难类别 |  | \*档案类型 | 城镇困难职工 |
| \*姓名 | \*民族 | \*性别 | \*政治面貌 | \*身份证号 | \*出生日期 | 年龄 | \*健康状况 | 疾病/残疾类别 | \*工作状态 | \*工作时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*住房类型 | 建筑面积 | 手机号码 | 其他联系方式 | \*劳模类型 | \*婚姻状况 | 是否单亲 | \*医保状况 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*家庭住址 | 邮政编码 | 工作单位 | 单位性质 | 企业状况 | \*所属行业 |
|  |  |  |  |  |  |
| \*本人月平均收入 | \*家庭其他非薪资年收入 | \*家庭年度总收入 | \*家庭人口 | 家庭月人均收入 | \*户口所在地行政区划 | \*户口类型 |
|  |  | 自动算出 | 自动算出 | 自动算出 |  |  |
| 因病费用 | 因残费用 | 因学费用 | 住房费用 | 多重支出费用 | 其他费用 | 其他费用备注 | \*年度刚性支出 |
|  |  |  |  |  |  |  | 自动算出 |
| 是否有一定自救能力 |  | 是否为零就业家庭 |  | 是否进入渐退期 |  | 进入渐退期时间 |  |
| \*主要致困原因 | □本人大病 □供养直系亲属大病 □本人残疾 □家属残疾 □本人下岗失业 □家属下岗失业 □收入低 □自然灾害 □重大事故 □子女上学 □其他 | 其他(文字描述) |  |
| 次要致困原因（0-3项） | □本人大病 □供养直系亲属大病 □本人残疾 □家属残疾 □本人下岗失业 □家属下岗失业 □收入低 □自然灾害 □重大事故 □子女上学 |
| 开户银行 |  | 支行名称 |  | 银行卡号 |  |
| 附 件 | 附件名称 | 附件类型 | 备注 |
|  |  |  |
| 备注 |  |
| \*建档人 | 自动生成无需填写 | \*审核人 | 自动生成无需填写 | \*备案人 | 自动生成无需填写 |
| **家****庭****成****员****信****息****表****格****1** | \*姓名 |  | \*关系（是户主的） |  | \*民族 |  |
| \*身份证号 |  | 出生日期 | 自动生成无需填写 | 年龄 | 自动生成无需填写 |
| 性别 | 自动生成无需填写 | 政治面貌 |  | \*月收入 |  |
| \*劳模类型 |  | \*健康状况 |  | 疾病/残疾类别 |  |
| \*医保状况 |  | \*婚姻状况 |  | \*户口类型 |  |
| 手机号码 |  | 其它联系方式 |  | \*人员身份 |  |
| 当前学历 |  | 入学年份 |  | 年制 |  |
| 单位或学校 |  |
| 单位性质 |  | 企业状况 |  | 所属行业 |  |
| 工作状态 |  | 劳动合同签订/入伍时间 |  | 合同期限 |  |
| 备注 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家****庭****成****员****信****息****表****格****2** | \*姓名 |  | \*关系（是户主的） |  | \*民族 |  |
| \*身份证号 |  | 出生日期 | 自动生成无需填写 | 年龄 | 自动生成无需填写 |
| 性别 | 自动生成无需填写 | 政治面貌 |  | \*月收入 |  |
| \*劳模类型 |  | \*健康状况 |  | 疾病/残疾类别 |  |
| \*医保状况 |  | \*婚姻状况 |  | \*户口类型 |  |
| 手机号码 |  | 其它联系方式 |  | \*人员身份 |  |
| 当前学历 |  | 入学年份 |  | 年制 |  |
| 单位或学校 |  |
| 单位性质 |  | 企业状况 |  | 所属行业 |  |
| 工作状态 |  | 劳动合同签订/入伍时间 |  | 合同期限 |  |
| 备注 |  |

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家****庭****成****员****信****息****表****格****3** | \*姓名 |  | \*关系（是户主的） |  | \*民族 |  |
| \*身份证号 |  | 出生日期 | 自动生成无需填写 | 年龄 | 自动生成无需填写 |
| 性别 | 自动生成无需填写 | 政治面貌 |  | \*月收入 |  |
| \*劳模类型 |  | \*健康状况 |  | 疾病/残疾类别 |  |
| \*医保状况 |  | \*婚姻状况 |  | \*户口类型 |  |
| 手机号码 |  | 其它联系方式 |  | \*人员身份 |  |
| 当前学历 |  | 入学年份 |  | 年制 |  |
| 单位或学校 |  |
| 单位性质 |  | 企业状况 |  | 所属行业 |  |
| 工作状态 |  | 劳动合同签订/入伍时间 |  | 合同期限 |  |

**困难农民工档案表格（\*为必填项）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \*职工编号 |  | \*困难类别 |  | \*档案类型 | 困难农民工 |
| \*姓名 | \*民族 | \*性别 | \*政治面貌 | \*身份证号 | \*出生日期 | 年龄 | \*健康状况 | 疾病/残疾类别 | \*劳动合同签订时间 | \*合同期限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*住房类型 | 建筑面积 | 手机号码 | 其他联系方式 | \*劳模类型 | \*婚姻状况 | 是否单亲 | \*医保状况 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*家庭住址 | 邮政编码 | \*工作单位 | 单位性质 | 企业状况 | \*所属行业 |
|  |  |  |  |  |  |
| \*本人月平均收入 | \*家庭其他非薪资年收入 | \*家庭年度总收入 | \*家庭人口 | 家庭月人均收入 | \*户口所在地行政区划 | \*户口类型 |
|  |  | 自动算出 | 自动算出 | 自动算出 |  |  |
| 因病费用 | 因残费用 | 因学费用 | 住房费用 | 多重支出费用 | 其他费用 | 其他费用备注 | \*年度刚性支出 |
|  |  |  |  |  |  |  | 自动算出 |
| 是否有一定自救能力 |  | 是否为零就业家庭 |  | 是否进入渐退期 |  | 进入渐退期时间 |  |
| \*主要致困原因 | □本人大病 □供养直系亲属大病 □本人残疾 □家属残疾 □本人下岗失业 □家属下岗失业 □收入低 □自然灾害 □重大事故 □子女上学 □其他 | 其他(文字描述) |  |
| 次要致困原因（0-3项） | □本人大病 □供养直系亲属大病 □本人残疾 □家属残疾 □本人下岗失业 □家属下岗失业 □收入低 □自然灾害 □重大事故 □子女上学 |
| 开户银行 |  | 支行名称 |  | 银行卡号 |  |
| 附 件 | 附件名称 | 附件类型 | 备注 |
|  |  |  |
| 备注 |  |
| \*建档人 | 自动生成无需填写 | \*审核人 | 自动生成无需填写 | \*备案人 | 自动生成无需填写 |
| **家****庭****成****员****信****息****表****格****1** | \*姓名 |  | \*关系（是户主的） |  | \*民族 |  |
| \*身份证号 |  | 出生日期 | 自动生成无需填写 | 年龄 | 自动生成无需填写 |
| 性别 | 自动生成无需填写 | 政治面貌 |  | \*月收入 |  |
| \*劳模类型 |  | \*健康状况 |  | 疾病/残疾类别 |  |
| \*医保状况 |  | \*婚姻状况 |  | \*户口类型 |  |
| 手机号码 |  | 其它联系方式 |  | \*人员身份 |  |
| 当前学历 |  | 入学年份 |  | 年制 |  |
| 单位或学校 |  |
| 单位性质 |  | 企业状况 |  | 所属行业 |  |
| 工作状态 |  | 劳动合同签订/入伍时间 |  | 合同期限 |  |
| 备注 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家****庭****成****员****信****息****表****格****2** | \*姓名 |  | \*关系（是户主的） |  | \*民族 |  |
| \*身份证号 |  | 出生日期 | 自动生成无需填写 | 年龄 | 自动生成无需填写 |
| 性别 | 自动生成无需填写 | 政治面貌 |  | \*月收入 |  |
| \*劳模类型 |  | \*健康状况 |  | 疾病/残疾类别 |  |
| \*医保状况 |  | \*婚姻状况 |  | \*户口类型 |  |
| 手机号码 |  | 其它联系方式 |  | \*人员身份 |  |
| 当前学历 |  | 入学年份 |  | 年制 |  |
| 单位或学校 |  |
| 单位性质 |  | 企业状况 |  | 所属行业 |  |
| 工作状态 |  | 劳动合同签订/入伍时间 |  | 合同期限 |  |
| 备注 |  |

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家****庭****成****员****信****息****表****格****3** | \*姓名 |  | \*关系（是户主的） |  | \*民族 |  |
| \*身份证号 |  | 出生日期 | 自动生成无需填写 | 年龄 | 自动生成无需填写 |
| 性别 | 自动生成无需填写 | 政治面貌 |  | \*月收入 |  |
| \*劳模类型 |  | \*健康状况 |  | 疾病/残疾类别 |  |
| \*医保状况 |  | \*婚姻状况 |  | \*户口类型 |  |
| 手机号码 |  | 其它联系方式 |  | \*人员身份 |  |
| 当前学历 |  | 入学年份 |  | 年制 |  |
| 单位或学校 |  |
| 单位性质 |  | 企业状况 |  | 所属行业 |  |
| 工作状态 |  | 劳动合同签订/入伍时间 |  | 合同期限 |  |

附件2-3

困难职工家庭走访调查表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 家庭共同生活人口数 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 工作单位 |  |
| 家庭困难综合情况 | 　（包含家庭收入及致困因素） |
|  调查人员签字（两人以上）： 年 月 日  |
| 以上入户调查填写情况属实：  被调查家庭成员代表签字： 年 月 日  |
| 基层工会初审意见（盖章）： |
| 县（市、区）总工会帮扶中心审核意见： |

附件2-4

 市工会救助申请家庭经济状况核对

承诺授权书

本家庭已提出申请享受 救助，本家庭同意取得此授权书的工会组织及其工作人员向所有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（包含共同生活的家庭成员及法定赡养人、抚养人、扶养人）的社保缴纳金、机动车辆、房屋、存款、生产经营等情况。

特此授权。

姓 名 与户主关系 身 份 证 号 码

1、

2、

3、

4、

5、

授权家庭：（户主签字、指模）

联系电话：

 年 月 日

附件2-5

因父母患病申请医疗救助

承诺书

本人 ，身份证号 。因父亲/母亲患 疾病，向工会提出申请享受医疗救助。父亲/母亲自 年 月与我生活在一起，已实际共同居住6个月以上。父亲/母亲因病支出自费部分共计 元，父亲/母亲具有赡养义务子女共 人，本人应分摊因病支出 元。

本人承诺，以上情况均属实，并同意工会组织及其工作人员向所有涉及到家庭成员信息的部门或机构查询、核对本家庭成员状况。如核查后发现存在上述情况不实等不应建档帮扶的情况，本人愿意接受工会的规定，全额退还已发放的帮扶救助金，同时永久失去申请帮扶救助的资格。

特此承诺。

承诺人：（签字、指模）

联系电话：

 年 月 日

附件2-6

公 示

我单位困难职工申请帮扶救助，经过走访、审核，符合申报条件，现予公示，公示期自 年 月 日起至 年 月 日止，如有异议，请提出意见。现将我单位上报的困难职工名单公示如下：

 单位名称 职工姓名 困难原因

单位监督电话：

 （盖章）

年 月 日