附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省部级劳模和全国五一劳动奖章获得者信息统计表 | | | | | | | | | | | | |
| 示例 | 张三 | 110101198005011101 | 男 | 1980/05/01 | 测试单位 | 主任 | XX省XX市XX街道 | 13500000000 | 1995 | 全国五一劳动奖章 | XXX省总工会 | XXX |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **性别** | **出生年月** | **单位** | **职务** | **联系地址** | **联系电话** | **获奖年份** | **获得荣誉称号** | **推荐单位** | **备注（证明材料是否完备）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：

1.推荐单位要细化：XX市XX县（区）总工会，广德市、宿松县总工会，省直工会，省XX产业工会，省总直管工会XX工会（如省总直管工会港航集团工会）。

2.同时具有省劳模和全国五一荣誉的，请填写2次，仅获得荣誉时间和获得荣誉称号有区别。

附件2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2020年度劳模生活困难补助金申请汇总表 | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属工会盖章： 分管领导（签字）： 经办人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属 工会 | 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 年龄 | 工作单位及职务 | 就业情况 | | 劳模类型 | | | 月平均收入（元/月） | 拟补助金额（元/年） | 备注 |
| 在职 | 退休 | 全国五一 | 省劳模和先进工作者 | 享受省部级劳模待遇者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计： | | | | | | | | | | | | |  |  |

注：1.所属工会指市总工会，广德市、宿松县总工会，省直、省产业工会、省总直管工会。

2.月平均收入是指在2020年度劳模的全部收入总和除以月数。具体见《暂行办法》第十二条规定。

附件3

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2020年度劳模家庭困难帮扶金申请汇总表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属工会盖章： 分管领导（签字）： 经办人： 联系电话： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所属工会 | 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 年龄 | 工作单位及职务 | 就业  情况 | | 劳模类型 | | | 困难情况简介 | 困难类型 | 家庭年度总收入（元） | 家庭年度内刚性支出（元） | 家庭人口数 | 人均每月可支配收入（元） | 当地低保标准3倍（元） | 拟补助金额（≤刚性支出且不高于2万元） | 备注 |
| 在职 | 退休 | 全国五一 | 省劳模和先进工作者 | 享受省部级劳模待遇者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| 注：1.所属工会指市总工会，广德市、宿松县总工会，省直、省产业工会、省总职工服务中心。  2.年度内身故劳模在“困难情况简介”栏填写身故时间（精确到月份，如：2020.07）。  3.“困难类型”栏填序号“1、2、3”：1是符合收入减支出低于低保3倍的劳模家庭，2是年度内身故劳模，3是一事一议劳模家庭。  4.家庭年度总收入、家庭年度内刚性支出、家庭人口数等概念参照《暂行办法》规定执行。  5.人均每月可支配收入计算公式：（劳模家庭年度总收入-劳模家庭年度刚性支出总额）÷家庭人口数÷12个月 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件4  芜湖市2021年省部级劳模荣誉津贴调查表  **填报单位（公章）： 经办人签章： 分管主席签章：**   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **序号** | **姓名** | **性别** | **工作单位及职务** | **获奖时间及劳模名称** | **身份证号码** | **银行卡号** | **电话号码** | **补贴额（元）** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | **合计** | **达到退休年龄-79岁 人； 80-89岁 人；90岁以上 人。** | | | | | | | **总计 元** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件5

省部级劳模生活困难补助金申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 |  | | | 身份证号 | |  | | | |
| 就业状况（退休、在职、其他） | |  | | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 家庭详细地址 | |  | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | 本人月平均收入  （工资/离退休费/养老金） | | |  | |
| 劳模类型  （划√） | | 省劳模 | | | | 享受省部级劳模待遇 | | | | | 全国五一 | | |
|  | | | |  | | | | |  | | |
| **有关收入申报事项（2020年1月1日—2020年12月31日）** | | | | | | | | | | | | | **金额** |
| 1、除离退休费或者养老金以外领取的其他社会保险金 | | | | | | | | | | | | |  |
| 2、奖金、津贴、补贴及其他劳动收入 | | | | | | | | | | | | |  |
| 3、出租或者出售家庭资产获得的收入 | | | | | | | | | | | | |  |
| 4、从政府或者企事业单位获得的基本生活费或者一次性收入 | | | | | | | | | | | | |  |
| 5、法定赡养人或者扶养人应当给付的赡养费或者扶养费 | | | | | | | | | | | | |  |
| 6、接受的馈赠或者继承收入 | | | | | | | | | | | | |  |
| 7、其他应计入的收入 | | | | | | | | | | | | |  |
| 有下列情况之一的，不得申请补助：   1. 在就业年龄内，有劳动能力但不主动就业或者经就业服务机构介绍无正当理由拒绝就业的； 2. 安排子女自费出国（境）留学的； 3. 子女进入高收费私立学校的； 4. 劳模及其配偶名下自有住房超过2套或拥有价值20万元以上机动车的； 5. 其他不能列为发放对象的情形。   **本人无以上情况，且提供信息完全属实。**  申请人（签字）： 日期： | | | | | | | | | | | | | |
| **填表说明** | | | 本人月平均收入：社保关系不在本省的退休劳模和农民劳模需提供最近一个月养老金银行发放账户明细清单复印件或相关月平均收入证明；在职劳模需提供个人所得税纳税记录或收入纳税明细。 | | | | | | | | | | |
| 劳模所在单位或街道（乡镇）工会核实意见：  经办人： （工会盖章）  年 月 日 | | | | | | | 县区（产业）工会审核意见：  经办人 ： （工会盖章）  年 月 日 | | | | | | |

注：1、此表由劳模本人和单位共同填写，签字、盖章。

2、此表一式两联，一联留存县区（产业）工会，一联留存市总工会。

3、逾期未报将不列入本年度专项资金发放范围。

附件6

省部级劳模家庭困难帮扶金申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 性别 |  | | | 身份证号 | |  | | |
| 就业状况（退休、在职、其他） | | | |  | | | | | 联系电话 | |  | | |
| 家庭详细地址 | | | |  | | | | | | | | | |
| 工作单位 | | | |  | | | | | | 本人月平均收入  （工资/离退休费/养老金） | | |  |
| 劳模类型  （划√） | | | | 省劳模 | | | 享受省部级劳模待遇 | | | | | 全国五一 | |
|  | | |  | | | | |  | |
| **困 难 情 况** | | 困难情况的描述应包括：造成生活困难的原因、实际费用的支出情况、家庭共同生活人员数量、家庭所有成员2020年全年总收入情况等  申请人签字： 日期： | | | | | | | | | | | |
| **困 难 分 类** | 以下由基层工会在序号前划“√” ：   1. 本年度收入扣减因病、因残、因意外等刚性支出后，家庭人均纯收入低于上年度本地区低保标准3倍的省部级劳模家庭。 2. 本年度内（2020.1.1-2021.12.31）过世劳模家属一次性慰问金。 3. 特殊情况采取一事一议原则办理。 | | | | | | | | | | | | |
| **填 表 说 明** | 1.因本人或直系亲属患重大疾病、残疾瘫痪的，需要提供病情诊断证明、医保票据或相关失能证明，相关的护理费用证明；  2.因遭受意外灾害造成家庭生活困难的，需要提供有关部门或所在单位等出具的突发事件(如事故或者灾情)报告，或提供消防出警证明、居委会家庭损失证明等；  3.因丧失劳动能力、生活不能自理的以及其它特殊原因造成家庭困难的，由县（市、区）工会两名以上工作人员到困难劳模家庭进行走访调查，出具相关意见。  4.过世劳模由基层工会提供证明。 | | | | | | | | | | | | |
| 劳模所在单位或街道（乡镇）工会核实意见：  经办人签字： （工会盖章）  年 月 日 | | | | | | | | 县区（产业）工会审核意见：  该同志困难情况属实。  经办人签字 ： （工会盖章）  年 月 日 | | | | | |

注：1、此表由劳模本人和单位共同填写，签字、盖章。

2、此表一式两联，一联留存县区（产业）工会，一联留存市总工会。

3、逾期未报将不列入本年度专项资金发放范围。

附件7

劳模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8

困难劳模家庭走访调查表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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、刚性支出） | | |
| 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： | | | |
| 县（市、区）总工会审核意见： | | | |

附件9

公 示（样表）

根据《省部级劳模专项补助资金发放管理暂行办法》，

经过走访、审核、信息比对等， 等 名劳模（名单附后），符合劳模生活困难补助条件，拟予以生活困难补助；

等 名劳模（名单附后），符合劳模困难帮扶条件，予以困难帮扶补助；现予以公示，公示期自 年 月 日起至 年 月 日止，如有异议，请提出意见。

监督电话：

（盖章）

年 月 日

备注：

基层公示不少于3个工作日，名单需含劳模姓名、单位职务等信息。

市级公示不少于5个工作日，除以上基本信息外，还需公示拟补助金额。

附件10

芜湖市2021年市厅级劳模收入及生活困难情况调查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** | | |  | | | **出生 年月** |  | |
| **单位名称** |  | **家庭详细**  **住 址** | | |  | | | | | |
| **获奖时间及劳模荣誉证编号** |  | | | | | | | **本人月**  **平均收入** | |  |
| **身份证号码** |  | | **联系电话** | |  | | | | | |
| **家庭生活困难情况**（申报特困帮扶的，请详细填写此栏。不申报的不填） |  | | | | | | | | | |
| **在本单位**  **（村、社区）**  **公示情况** | **经办人（签字） 本单位（村、居委会）盖章** | | | | | | | | | |
| **本单位（街道、乡镇）劳资或**  **财务部门**  **审核签字、盖章** | **经办人（签字）**  **年 月 日** | | | **本单位（街道、乡镇）工会审核签字盖章** | | | **经办人（签字）**  **年 月 日** | | | |
| **县（区）**  **总工会**  **签字审核盖章** | **经办人（签字）**  **年 月 日** | | | **市总（产业）工会审核签字盖章** | | **经办人（签字）**  **年 月 日** | | | | |

附件11

芜湖市2021年市厅级劳模专项资金补助申报汇总表

**填报单位（公章）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 工作单位及  职务 | 就业情况 | 荣获时间及荣誉证编号 | 月平均收入(元) | 全年  补助金额  （元） | 家庭困难原因（申报特困  帮扶的，请详细填写此栏。不申报的不填） | 身份证号 | 银行卡号 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**经办人签章： 分管主席签章：**

201

附件12

芜湖市2021年市厅级困难劳模体检情况登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **性别** | **工作单位及职务** | **获奖时间及劳模称号** | **身份证号码** | **电话号码** | **困难类型** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |  |  |  |

**注：困难类型请填低收入或特殊困难。**