**关于开展2017年“双节”送温暖和**

**困难职工帮扶活动的通知**

各分工会：

 为体现工会大家庭的温暖，进一步做好扶危济困送温暖、互帮互助献爱心工作，切实为困难职工解决实际困难，校工会决定继续开展2017年元旦、春节“双节”送温暖和困难职工帮扶活动。现将有关事项通知如下：

**一、帮扶、慰问对象**

 1、家庭经济困难的教职工；

 2、因本人或家庭成员患重大疾病造成生活困难的教职工；

 3、因家庭遭遇意外灾害致使生活困难的教职工。

**二、申报、申批程序：**

1、对照条件，个人申报，分别填写如下表格（见附件），基层工会审核签署意见，加盖单位党组织公章后报校工会，校工会按有关程序审批。

2、申请河南省教科文卫体工会和河南师范大学困难职工帮扶资金的，必须是参加学校困难职工帮扶资金捐款的工会会员，并同时提供看病的发票原件等相关票据。

**三、申报时间：**各分工会于12月15日下午6点前将申请表报校工会办公室。

**四、慰问形式**

校工会会同有关部门负责人深入困难职工家中看望慰问困难教职工，困难帮扶资金的发放按河南省教科文卫体工会的要求和学校财务规定办理。

附件1：《河南省教科文卫体工会困难职工帮扶资金申请审批表》；

附件2：《河南省教科文卫体工会“双节”送温暖困难职工登记表》；

附件3：《河南师范大学困难职工帮扶资金申请审批表》

附件4：《河南师范大学“双节”送温暖困难职工登记表》

河南师范大学工会委员会

2016年11月30日

**附件1：**

**河南省教科文卫体工会**

**困难职工帮扶资金申请审批表**

**申请人姓名：**

**所在单位：**

河南省教科文卫体工会困难

职工帮扶资金管理委员会

年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 相 片 |
| 出生年月 |  | 职 务 |  |  |
| 职 称 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 情况说明 |  申请人： |
| 疾病医疗情况 | 诊治时间 |  | 诊治单位 |  |
| 基本医疗报销金额 |  | 自付医疗费用金额 |  |
| 其它费用 |  |
| 申请人所属工会核审意 见 | 负责人签字： 年 月 日 （盖章） |
| 帮扶资金管理委员会审 批意 见 | 帮扶金额：人民币（大写） ： 元（小写： ） |
| 负责人签字： 年 月 日 （盖章） |
| 备注 |  |

**附件2：**

**河南省教科文卫体工会**

**2017年“双节”送温暖困难职工登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓****名** |  | **身份****证号** |  | **性别** |  | **年****龄** |  |
| **工作单位** |  | **联系电话** |  |
| **家庭人口** |  | **本人月收入** |  | **家庭年****总收入** |  |
| **申请救助原因：****申请人(签字):** |
| **所在单位工会意见：** **（签章）** **年 月 日** |
| **所在市、直管县教科文卫体（教育）工会意见：** |
| **省教育工会意见：** **（签章）** **年 月 日**  |
| **实际救助** | **资金\_\_\_\_\_\_\_元** |

**附件3：**

**河南师范大学困难职工帮扶资金申请审批表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  |  性 别 |  | 相 片 |
| 所在单位 |  |  出生年月 |  |
| 职称职务 |  |  联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
|  情 况 说 明 |  申请人：  |
| 申请人所属分工会审核意见 | 负责人签字： 年 月 日（盖章） |
| 帮扶资金管理委员会审批意见 | 帮扶金额：人民币（大写）： 元（小写： ） |
|  负责人签字： 年 月 日（盖章） |
| 备注 |  |

 河南师范大学困难职工帮扶资金管理委员会

**附件4：**

**河南师范大学“双节”送温暖困难职工登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 家庭人口 |  | 本人月收入 |  | 家庭年总收入 |  |
| 申请救助原因： |
| 所在分工会意见 （签章） 年 月 日 |
| 校工会意见： （签章） 年 月 日 |