附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2024年困难教职工会员慰问申请表 | | | | | | | | | | |
| 所在分工会 | |  | | | | | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 所在部门  及岗位 | |  | | | | | 云之家工 号 |  | | |
| 家 庭  详细住址 | |  | | | | | 联 系  电 话 |  | | |
| 学校工资卡卡号 | | | |  | | | | | | |
| 申请理由：   1. 因本人或家庭成员（配偶、父母、子女）生病住院或日常长期治疗全年自费超过5万元。【 】 2. 家庭人均收入低于本地居民最低生活保障线，或家庭人均收入虽略高于本地居民最低生活保障线（原则上高出幅度控制在30%之内），但由于家庭成员下岗失业、子女教育、意外灾难等原因造成家庭生活困难。【 】 3. 因遭受各类灾害、重大意外事故等使家庭经济严重受损，家庭经济困难。【 】 4. 其它（请说明）：   申请人签名： | | | | | | | | | | |
| 相关证明材料（拍图附图） | | | | | | | | | | |
| 所在部门（学院）意见：  签字（盖章）： | | | | | | | 分工会意见：  签字（盖章）： | | | |
| 校工会意见：  签字（盖章）： | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  |  | |  | | | |