**浙江省困难职工救助委托核对授权申请表**

附件2

单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主申请人 | |  | | | 联系电话 |  | | 家庭人口 | |  |
| 户籍地址 | |  | | | 居住地址 |  | | | | |
| 核对项目 | | □总工会救助 □其他 | | | | | | | | |
| 申请承诺 | 1.本人保证申报材料全部真实有效。如有违反或群众举报属实，无条件接受工会给予的取消困难职工待遇及相关处罚，主动退回所领取的救助金。  2.本人及家庭成员自愿接受社会救助家庭经济状况核对机构对各项收入和财产信息的收集、查询、核对等并配合工作人员入户调查，如实提供材料；同意按相关规定在一定范围内进行公示。  以上是本人自愿作出的承诺，愿自觉信守、忠实履行，并承担相应的法律责任。 申请人：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 家庭成员情况 | 家庭关系 | 姓名 | 证件类型 | 证件号码 | 性别 | 家庭人员类别 | 户籍类型 | | 是否核对 | **签名并按指纹** |
| 本人 |  |  |  |  |  |  | | 是 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | 是 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | 是 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | 是 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | 是 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | | 是 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | 年 月 日 |
| 填表说明：  1、家庭关系分类：（1）本人（2）配偶（3）子/婿（4）女/媳（5）孙子、孙女或外孙子、外孙女（6）父母（7）祖父母或外祖父母（8）兄弟姐妹（9）其他；  2、证件类型分类：（1）居民身份证（2）士兵证（3）军官证（4）警官证（5）护照（6）其它；  3、家庭人员类别分类：（1）家庭人员（2）赡养人员；  4、户籍类型分类：（1）农业（2）非农业；  5、是否核对分类：（1）是（2）否。 | | | | | | | | | | |