|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | | | 性别 | | 民族 | 政治面貌 | | 身 份 证 号 | | | | 健康状况 | 身 份 | | | | 婚 姻 状 况 | | | 是否单亲 | 户口类型 |
|  | | | |  | |  |  | |  | | | |  | □病退□失业□在岗 | | | | □未婚 □已婚 □离异 □丧偶 | | | □是 □否 | □农业 □非农 |
| 工 作 单 位 | | | | | | | 单位性质 | | | | 所属行业 | | 参加工作时间 | 现居住地址 | | | | 联 系 电 话 | | | 邮政编码 | 住房类型 |
|  | | | | | | |  | | | |  | |  |  | | | |  | | |  |  |
| 建筑面积 | | | 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 | 家庭人均月收入 | | 本人医保情况 | 户籍地-省市县（区） | | | 是否低保户 | | |
| ㎡ | | |  | | | |  | | | |  | |  |  | |  |  | | | □是 □否 | | |
| 家  庭  成  员  关  系 | 姓 名 | | | | 关 系 | | 性 别 | 政治面貌 | | | 身 份 证 号 | | | 健康状况 | | 月平均收入 | 身 份 | | 医保情况 | 单位/学校（学生请填写学校、入学年份、学制） | | |
|  | | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  | | |
|  | | | |  | |  |  | | |  | | |  | |  |  | |  |  | | |
| 致  困  原  因 | | （至多勾选3项）  □本人大病 □供养直系亲属大病  □意外灾害 □子女上学  □残 疾 □收入低无法维持基本生活  □下岗失业 □其 他 | | | | | | | | | 针对勾选的致困原因简述困难情况（含年度主要支出状况）：  本人保证以上所填信息真实可信。申请人签名：  申报日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 单位  工会 | | 经办人：  联系电话： | | | | | | | | 单位工会意见 | | 负责人签字：  单位工会（盖章）： | | | 建议列入困难类别（勾选其一）：  □ 低保户  □ 低保边缘户  □ 意外致困户  □ 临时救助  □ 不予建档 | | | | | | | |

附件2 困难教职工家庭申报表