附件1

申请救助类型：生活救助□ 助学援助□ 医疗救助□

级 别：深度困难职工□ 相对困难职工□ 意外致困职工□

困难职工申报材料明细表

姓名：     性别：      年龄：    家庭人口：  人

1、申请书 □ 13、子女就学资料 □

2、申报表 □    14、残疾证明资料 □

3、授权书 □   15、丧失劳动力证明 □

4、公示材料 □ 16、单亲证明资料 □

5、身份证复印件 □   17、疾病资料 □

6、户口簿复印件 \_\_\_\_\_\_份  18、意外事故等资料  □

7、收入证明   \_\_\_\_\_\_套  19、申报职工1寸照片 □

8、入户调查表 □ 20、符合医保医药费发票（申请大病提供）□

9、下岗证或劳动合同及养老保险证明（单位缴） □

10、入户调查照片 □ 21、承诺书 □

11、解困脱困联系卡 □

12、建行卡复印件 □

已提交的符合医保医药费发票自付金额合计\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（申请大病救助填写）

**注：此附件为申报材料封面，申报材料按顺序排好。“□”处打钩，“\_\_\_”处标注数量。**

附件2

**困难职工申报表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 是否为2022年度在档困难职工 | | | | | | |  | | | 是否低保 | | | |  | | 困难职工证号 | |  | | | | | | | | | |
| 姓名 | 民族 | | 性别 | | | | 政治面貌 | | | | 身份证号 | | | | | 出生日期 | | 健康状况 | | 残疾类别 | | | | 工作状态 | | | 劳模类型 |
|  |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |  |
| 住房类型 | 建筑面积 | | | | | | 手机号码 | | | | 其他联系方式 | | | | | 邮政编码 | | 工作时间 | | 所属行业 | | | | 婚姻状况 | | | 户口类型 |
|  |  | | | | | |  | | | |  | | | | |  | |  | |  | | | |  | | |  |
| 家庭住址 | | | | | | | | | | | 工作单位 | | | | | | | 单位性质 | | | | | | 企业状况 | | | 是否单亲 |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | |  | | |  |
| 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 | | 家庭月人均收入 | | | | | 户口所在地行政区划 | | | | 医保类别 |
|  | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | | |  |
| 是否有一定自救能力 | | | | | | | |  | | | | | | | | 是否为零就业家庭 | | | | | | |  | | | | |
| 家庭  主要  成员 | | 姓名 | | | | 关系 | | 性别 | 政治面貌 | | | | 身份证号 | | | 出生日期 | | 健康状况 | 月收入 | | | | 身份 | | 医保类别 | 单位或学校 | |
|  | | | |  | |  |  | | | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  |  | |
|  | | | |  | |  |  | | | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  |  | |
|  | | | |  | |  |  | | | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  |  | |
|  | | | |  | |  |  | | | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  |  | |
|  | | | |  | |  |  | | | |  | | |  | |  |  | | | |  | |  |  | |
| 致困原因(个人或家庭成员) | | 1.无劳动能力； 2.有劳动能力而未就业； 3.下岗失业； 4.未参加社会保险； 5.社会保险待遇落实不到位；  6.患重特大疾病； 7.遭受自然灾害； 8.遭受意外事故； 9.子女上学； 10.其他。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要致困原因（限选一项）： | | | | | | | | | | | | | 年度必要支出 | |  | | | | | 次要致困原因（最多选三项）： | | | | | |
| 建设银行借记卡卡号 | | | | |  | | | | | | | 持卡人姓名 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 基层工会意见：  (签章) | | | | | | | | | | | | 区、局（公司）工会意见：  (签章) | | | | | | | | | 申请职工签名： | | | | | | |

附件3

困难职工信息汇总表

填报单位：（盖章） 填报人： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 姓名 | 身份证号 | 工作单位 | 特困证号 | 家庭住址 | | | 重大疾病 | | 子女教育 | | | 住房 | | 家  庭  人  口 | 是  否  医  保 | 是否单亲 | 月家庭收入（元） | 致困  原因 | 联系  电话 |
| 县(区) | 乡镇  (街道) | 村  (社区) | 本人或家庭成员患重大疾病类型 | 患者与职工关系 | 是否有子女上学 | 在何学校就学 | 年  级 | 是否自购房 | 是否公积金贷款 |
| 1 |  |  |  |  | **格式为“xxx区xxx（乡镇）街道xxx村（社区）”以便导入二次报销系统** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **此项涉及二次报销，请确保正确。** | **此项涉及二次报销，请确保正确。** |  |  | **此项目涉及二次报销，请确保正确。** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件4

困难职工实名制汇总表

填报单位： 填报人： 联系电话： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **身份证号** | **工作单位** | **联系电话** | **建设银行卡卡号** | **持卡人姓名** |
| 1 |  |  |  |  |  | **此项涉及慰问金发放，请确保正确。** | **此项涉及慰问金发放，请确保正确。** |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |

附件5

困难职工精准帮扶解困脱困统计表

填报单位：（盖章） 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 联系电话 | 责任人 | 脱困原因 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**此表纸质文件需盖章报市困难职工帮扶中心。**

附件6

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0 | 5 | 1 | 8 |  |  | 2 | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（注：上面方框内为工作人员填写的授权书编号）

江苏省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县（市、区）困难职工家庭

经济状况核对授权书

为申请工会组织困难帮扶，本人及家庭成员现就有关事项作出如下授权、承诺：

一、\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_具有完全民事行为能力，是我们全家共同推荐的申请人和家庭经济状况核对具体申报经办人，其申请和经办行为代表全家的意愿。

二、本人及家庭成员已了解并愿意遵守困难帮扶和信息核对等有关政策规定，所提供的材料全部真实有效，所申报的家庭收入和财产全部真实完整，如有虚假或瞒报，愿意接受相关部门按照有关规定给予的处罚。

三、本人及家庭成员同意授权工会委托县级以上民政部门及其指定的经济状况核对机构对本家庭成员的收入和财产等信息进行核对，包括到公安、人社、住建、国土、交通、工商、税务、公积金等相关部门，以及银行、证券、保险等金融机构进行核对。并自愿接受、配合基层工作人员按规定进行入户调查、民主评议等工作。

四、本授权书自签署之日起生效。如经核对不符合要求，则授权终止；如经核对符合要求，则授权在享受帮扶救助期间内有效。家庭成员发生变化或再次申请，需重新签署授权书。

五、本授权书一式三份，一份由家庭保管，一份作为申报资料，一份作为经济状况核对机构核对依据并存档。

家庭成员签名、身份证号码和摁指模印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 同意核对签名 | 与户主关系 | 身份证号码 | 指模印 |
|  | 户 主 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：无民事行为能力或限制民事行为能力的家庭成员由其法定监护人代签并摁指模印。

基层工会工作人员签名： 日期： 年 月 日

《连云港市困难职工家庭经济状况核对授权书》

填写说明

根据《关于使用全省困难职工家庭经济状况核对授权书的通知》要求，从2019年3月1日起，申请工会帮扶救助的职工家庭必须签订困难职工家庭经济状况核对授权书（以下简称“授权书”，授权书样式见附件）。

1、授权书是职工家庭申请工会帮扶救助时必须提交的申请材料，需要职工本人及家庭成员分别签字并摁指模印，其纸质档案要与困难职工家庭档案资料一并保存，以备查验。

2、授权书编号的18 位阿拉伯数字组成。

第1-4 位为所在设区市地方区号，0518表示连云港。

第5-6位为各县（区）总工会编号。连云区总工会（01）、海州区总工会（02）、赣榆区总工会（03）、东海县总工会（04）、灌云县总工会（05）、灌南县总工会（06）、经济技术开发区总工会（07）来编写，市总工会及其他有关单位按照（00）编写。

第7-8位为救助代码，固定为困难职工（26），由民政部门确定。

第9-14位为授权的年月。

第15-18位为救助编号，每月按照申请的时间先后，从0001-9999 顺序编写。

例：核对授权书编号为：

051802 26 201908 0005

连云港市海州区总工会 困难职工 授权年月 本月第5个申请（授权）

3、在填写家庭成员签名、身份证号码和摁指模印时，以户口簿上家庭成员为准。

授权书填写、按指模印注意事项

1. 授权书应按内容填写完整、清晰、准确，不允许涂改，不能有漏项，不要填错位置。签名字体要工整，指模印颜色不宜太浅或太浓。

2. 授权书编号须根据《授权书编码规则》规范填写，建议由市、县总工会统一印制和填写。

3. 授权书第一项一般填困难职工本人的名字；困难职工本人写字有困难或不具有完全民事行为能力的，可以填家庭其他成员的名字。

4. 户主是指困难职工本人（并非特指户口本上的“户主”），填在签名表的第一行；第二行开始依次填写其他所有家庭成员信息，不要空行填写。

5.“与户主关系”栏填写具体称谓，如：父亲、女儿、丈夫、妻子等，不要填写“父女”、“夫妻”等。

6. 授权书上签名和按指模印的家庭成员数量和具体信息，必须与实际申报、建档情况一致，多一个少一个都不符合要求。

7. 没有特殊情况一律不允许代签、代按指模或指模空缺。签名栏必须为当场手写签名，不要事先打印。不属于代签的，不要把名字签在指模印处。

8. 工作人员要当场检查授权书内容与困难职工家庭申报材料以及实际身份证姓名、号码等是否一致，须在“基层工会工作人员”一栏签名，同时填写授权书签订的日期；严禁工作人员代替困难职工或家庭成员签名和按指模印。

四种代签情况

|  |  |
| --- | --- |
| 被代签人 | 代签人 |
| 无民事行为能力或限制民事行为能力人 | 法定监护人  **（签名+手印）** |
| 在外上学等短期内不在本地的  共同生活家庭成员 | 申报人或户主（困难职工本人）  **（签名+手印）** |
| 在外务工等短期内不在本地的  共同生活家庭成员 | 需要在外务工人员的书面同意授权书并存档  申报人或户主（困难职工本人）  **（签名+手印）** |
| 不会写字家庭成员（非无民事行为能力）  **（手印）** | 申报人或户主（困难职工本人）  **（签名）** |

代签示例：（张三无民事行为能力，由李四代签的情况）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 同意核对签名 | 与户主关系 | 身份证号码 | 指模印 |  |
| 张三 | xx | 张三身份证号 | 李四名字（代）  +李四指模印 | 工作人员在右侧空白处  注明代签原因并盖章 |

附件7

**困难职工家庭入户调查表**

调查时间：\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日   填表人（调查人）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

一、主要致困原因（□打√）

1. □家庭人均收入低于连云港市低保标准，已经纳入政府救助体系，扣除由于子女上学、患病及其他特殊原因造成支出费用，生活水平仍低于低保标准的困难职工家庭。

2. □子女上学。

3. □职工本人或家庭成员因残疾造成家庭困难的。

4. □职工本人或家庭成员因患病导致生活困难的。

5. □本人或家庭成员遭遇交通事故等意外事件，造成重大人身伤害，责任赔付不能及时到位或无责任赔付方。

6. □本人或家庭成员突发重大疾病等原因，而产生数额过大的救治费用，导致基本生活暂时出现严重困难。

7. □本人或家庭成员因发生自然灾害或重大安全事故造成重大人身伤害或住宅、家庭生活必需用品损毁严重，导致基本生活暂无着落或暂时出现严重困难。

二、家庭基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 民族 |  | 性别 | |  | | 年龄 |  | | 健康状况 | | | |  |
| 家庭人口数 |  | 联系电话 | |  | | | | 工作单位 | | |  | | | | |
| 婚姻状况 |  | 医保状况 | |  | | | | 家庭地址 | | |  | | | | |
| 申请人月收入 |  | 家庭其他非薪资年收入 | | |  | | | 家庭年度总收入 | | |  | | | | |
| 长期共同生活的其他家庭成员 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | | | | 关系 | 健康状况 | | 月收入 | | | 医保状况 | 单位或学校 | |
|  |  |  | | | |  |  | |  | | |  |  | |
|  |  |  | | | |  |  | |  | | |  |  | |
|  |  |  | | | |  |  | |  | | |  |  | |
|  |  |  | | | |  |  | |  | | |  |  | |
|  |  |  | | | |  |  | |  | | |  |  | |
| 财产情况 | 家庭住房  情况 | 共有\_\_\_\_\_\_套房，房屋性质为：□自建房 □商品房 □经济适用房 □回迁房 □两限房 □承租单位公房 □政府廉租房 □租房  □其他 | | | | | | | | | | | | | |
| 房屋面积\_\_\_\_\_\_\_\_\_平方米。 | | | | | | | | | | | | | |
| 车辆情况 | 共有\_\_\_\_辆车，车辆品牌\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,车牌号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,购买时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| 银行存款\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 | | | | 股票\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 | | | | | | | 保险收益\_\_\_\_\_\_\_\_元 | | | |
| 理财产品\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 | | | | 其他金融财产\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元 | | | | | | | | | | |
| 是否拥有商业店铺或雇佣他人从事经营活动？   □是   □否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 子女是否进入高收费私立学校或自费出国留学？ □是   □否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否非受雇佣经常使用机动车辆、船舶、工程机械以及大型农机具？ □是   □否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员是否经常有高消费行为，家庭有大额存款？ □是   □否 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一年来是否接受过其他部门的救助？   □是   □否，   救助金额\_\_\_\_\_\_\_\_元 | | | | | | | | | | | | | | | |

申请人签字确认：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 是否实地抽查：         抽查人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

注：此表需入户手写，不允许空格。是否实地抽查、抽查人签字由区、局（公司）工会填写。

附件8

困难职工解困脱困联系卡（帮扶责任人存）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工编号 |  | 职工姓名 |  | | 性别 |  | | 出生年月 |  |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | |
| 家庭主要  成员 |  | | | | | | | | |
| 致困原因 |  | | | 困难类别 | | |  | | |
| 帮扶任务  完成时限 | 年 月底前实现解困脱困 | | | 联系方式 | | |  | | |
| 帮扶单位 |  | | | 帮扶责任人 | | |  | | |

困难职工解困脱困联系卡（困难职工存）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 帮扶单位 |  | | | | | |
| 帮扶责任人 |  | 职务 | |  | 联系方式 |  |
| 困难职工所属工会联络人姓名 |  | 职务 | |  | 联系方式 |  |
| 解困脱困措施选项 | 1.就业创业发展；2.纳入社保制度覆盖；3.纳入大病保险和医疗互助保险保障；  4.社会救助兜底；5.其他（注明）： | | | | | |
| 解困脱困计划选项 | 1.技能培训促就业计划；2.创业援助计划；3.阳光就业计划；4.职工医疗互助计划；  5.金秋助学计划； 6.一帮一结对计划； 7.送温暖精准化计划；  8.其他（注明） | | | | | |
| 备注 |  | | | | | |

附件9

**困难职工退档申请**

本人 ，身份证号码 ，是市总工会困难职工，现由于

原因，自愿申请退出困难职工。

申请人：

年 月 日

附件10

**困难职工退档告知书**

由于以下退档原因（□打√）

1.□受助家庭子女已毕业；

2.□受助家庭病人疾病已治愈；

3.□受助家庭病人已去世；

4.□收入提高，超出困难职工认定标准；

5.□受助职工已达退休年龄或病退，实施社会化管理；

6.□不能提供\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_建档附件；

7.□其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

现您已不符合困难职工认定和建档要求，将不再继续享受困难职工各项帮扶救助，特通知于您。

职工签字： 年 月 日

附件11

承 诺 书

本人不存在以下情形：

①子女在高收费私立学校就读或自费出国（境）留学的。

②本人或家庭成员为公司控股股东和实际控制人。

③存在县级以上人民政府规定的高消费行为。

④拒绝配合调查、核查,致使无法核实收入的家庭。故意隐瞒家庭真实收入、家庭人口变动及财产变动情况，提供虚假申请材料、证明及核对授权书的家庭。在就业年龄段内有劳动能力但尚未就业的人员，无正当理由拒绝就业的。故意采取其他规避法律、法规的行为造成无经济来源、生活困难的人员。

⑤人均金融资产超过当地同期年最低生活保障标准 10倍的。

⑥拥有两套及以上住房且超过当地人均住房面积的，拥有、经常使用各种机动车辆的（残疾、患病职工用于功能性代步除外）不纳入深度困难职工档案。

如有发现瞒报、谎报、虚报市总工会有权自发现之日起撤销并追回对本人的进行的相关救助待遇。

承诺人（加按手印）：

承诺时间：

附件12

**职工及家庭成员工资收入汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | |  | |  | |  | |
| **序号** | **时间** | **金额（元）** | **时间** | **金额（元）** | **时间** | **金额（元）** | **时间** | **金额（元）** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合计 |  | 合计 |  | 合计 |  | 合计 |  |
| 家庭年总收入（元） | | |  | | | | | |
| 家庭年医药费自付总额（元） | | |  | | | | | |
| 子女扣减的助学费用（元） | | |  | | | | | |
| 其他刚性支出项目（元） | | |  | | | | | |
| 家庭年总纯收入 | | |  | | | | | |
| 申报家庭人口数（人） | | |  | | | | | |
| 家庭人均月平均收入（元） | | |  | | | | | |

附件13

**职工及家庭成员2023年医药费发票汇总表**

**姓名1：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **发票日期** | **发票号** | **个人账户支付（元）** | **个人现金支付（元）** | **小计** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **合计** | | |  |  |  |

**姓名2：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **发票日期** | **发票号** | **个人账户支付（元）** | **个人现金支付（元）** | **小计** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **合计** | | |  |  |  |

**姓名3：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **发票日期** | **发票号** | **个人账户支付（元）** | **个人现金支付（元）** | **小计** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **合计** | | |  |  |  |

附件14

**职工家庭收入和刚性支出核算指标**

一、职工家庭收入核算指标

职工家庭收入是指共同生活的家庭成员在规定期限内获得的全部现金及实物收入，包括工资性收入、经营净收入、财产净收入、转移净收入以及应计入家庭收入的其他项目。国家规定的优待抚恤金、计划生育奖励与扶助金、奖学金、见义勇为等奖励性补助，各类社会救助款物，以及县级以上政府规定的不计入家庭收入项目等，不计入家庭收入。家庭月收入按照职工家庭提出工会帮扶救助申请前至少连续 12 个月收入的平均值计算。

1、工资性收入。指就业人员通过各种途径得到的扣除缴纳个人所得税及个人按规定缴纳社会保障性支出后的全部劳动报酬和各种福利，包括因任职或者受雇而取得的工资、薪金、奖金、 劳动分红、津贴、补贴以及与任职或者受雇有关的其他所得等。

工资性收入参照劳动合同、银行流水、工资发放等认定；没有劳动合同的，通过调查就业和劳动报酬、各种福利收入认定，或根据社会保险、个人所得税、住房公积金的缴纳情况推算；对无法准确获知或推算实际工资收入的灵活就业人员，原则上按务工地最低工资标准计算其工资收入，申请人申报收入高于务工地最低工资标准的，以申报收入为准。有劳动能力的家庭成员，因护理家庭中重特大疾病患者、重度残疾人或生活不能自理的精神（智力）残疾人，照顾 3 周岁以下婴幼儿、单亲学前儿童的，可按实际工资收入计算。

2、经营净收入。指从事生产经营及有偿服务活动所获得全部经营收入，扣除经营费用、生产性固定资产折旧和生产税费之后得到的收入。包括从事种植、养殖、采集及加工等农林牧渔业的生产收入，从事工业、建筑业、手工业、交通运输业、批发和零售贸易业、餐饮业、文教卫生业、社会服务业、电子商务等经营及有偿服务活动的收入等。经营企业的，按照企业实际纯收入或实际缴纳税收基数综合认定；无法认定实际收入的，参考当地同行业、同规模企业平均收入和企业实际缴纳税收情况综合认定。其他情形按当地评估标准和方法推算。

3、财产净收入。指出让动产和不动产，或将动产和不动产交由其他机构、单位或个人使用并扣除相关税费之后得到的收入，包括储蓄存款利息、有价证券红利、储蓄性保险投资以及其他股息和红利等收入，集体财产收入分红和其他动产收入，以及转租承包土地经营权、出租或者出让房产以及其他不动产收入等。出让、租赁等收入，参照双方签订的相关合法有效合同计算；个人不能提供相关合同或合同确定的收益明显低于市场平均收益的，参照当地同类资产出让、租赁的平均价格推算。储蓄存款利息、有价证券红利、储蓄性保险投资以及其他股息和红利等按照金融机构提供的信息计算，集体财产收入分红按集体出具的分配记录计算。

4、转移净收入。指转移性收入扣减转移性支出之后的收入。

（1）转移性收入指国家、机关企事业单位、社会组织（团体） 。对居民的各种经常性转移支付和居民之间的经常性收入转移，包括赡（抚、扶）养费、离休金、退职退养定期生活费、养老保险金、失业保险金、商业保险金、丧葬补助金、遗属抚恤金、赔偿（补助、补偿）金、定期给付的各种生活补助（补偿）费，接受捐赠（继承）、博彩及其他偶然所得等；（2）转移性支出指居民对国家、机关企事业单位、社会组织（团体）、居民的经常性转移支出，包括缴纳的税款、各项社会保障支出、赡养支出以及其他经常转移支出等。转移性收入和转移性支出有实际发生数额凭证的，以凭证数额计算；有协议、裁判文书的，按照法律文书所规定的数额计算。赡（抚、扶）养费收入原则上按法律文书所规定的数额计算；无法律文书规定的，按赡（抚、扶）养义务人收入扣除户籍地最低生活保障标准之后的一定比例推算；赡（抚、扶）养义务人属于特困人员、最低生活保障对象、未脱贫建档立卡贫困人口、低收入家庭成员的，视为无赡（抚、扶）养能力，可以不计算该赡（抚、扶）养义务人的赡（抚、扶）养费。

5、县级以上人民政府规定的应计入家庭收入的其他项目。

二、职工家庭不计入收入的项目

1、优待性收入。包括优抚对象按照规定享受的优待抚恤金、 补助金、立功荣誉金、护理费；建国前老党员生活补贴；义务兵家庭按照规定享受的优待金、奖励金；退役士兵一次性自谋职业补助金；计划生育家庭按政策享有的独生子女费，失独家庭一次性抚慰金及特别扶助金。

2、奖励性收入。对国家、社会和人民作出特殊贡献，政府给予的奖励金和特殊津贴；劳动模范荣誉津贴、劳保津贴和劳模补助；见义勇为奖励金；奖学金。

3、普惠性收入。政府发放的尊老金，中央和省确定的城乡居民基本养老保险基础养老金等。

4、救助性收入。政府、社会、学校给予在校学生的一次性帮困助学金；政府、社会给予的一次性医疗救助款物和补贴、大病保险理赔款；政府发放的价格临时补贴、节日补助、一次性生活补贴金。

5、特定用途性收入。因公（工）负伤人员的医疗费、护理费、残疾辅助器具费，因公（工）死亡人员的丧葬费；残联发放的残疾人教育补贴、机动轮椅车燃油补贴等残疾人专项补贴经费；因拆迁获得的拆迁补偿款中，按照规定用于购置安居性质的自住房屋和必要的搬迁、装修、购置普通家具家电等实际支出的部分；残疾人参加辅助就业所得；按照规定由用人单位统一扣缴和个人自缴的社会保险费、住房公积金，困难群众灵活就业社保补贴。

6、就业成本。因就业创业或参与扶贫项目而产生的必要就业成本，可参照当地最低生活保障标准一定比例计算，最高不超过最低生活保障标准。

7、县级以上人民政府规定的不应计入家庭收入的其他项目。

三、职工家庭刚性支出核算指标

刚性支出是指与困难职工家庭致困原因所相关的各类必要支出费用。

1、因病费用。指家庭成员因病住院（含门诊慢性病）、日常治疗和康复等产生的医疗费用，按照基本医疗保险、大病保险、商业保险等报销，以及互助保障和其他部门救助后的个人承担部分计算。

2、因残费用。指因残、因病用于康复治疗以及长期照料的费用。

3、因学费用。指子女上学产生的费用。按照个人承担的学费、住宿费、必要长途路费扣除政府或社会资助后的实际支出。上学阶段包括学前教育、义务教育、高中阶段教育（含中等职业教育）和普通高等教育（含高职、大专）。学前、小学阶段按照每生1000元扣除，初中阶段按照每生1250元扣除，高中、中专阶段按照每生3150元扣除，大专、本科阶段按照每生6600元扣除。

4、住房费用。指困难职工租住当地人均住房面积以内房屋的费用。

5、多重支出费用。存在多重刚性支出的家庭，符合上述情况，可以累积计算。

6、县级以上人民政府规定的可以纳入家庭刚性支出的其他情形。

四、共同生活的家庭成员

家庭总人口原则上以户籍为单位且常年共同生活的人口计算，或以虽不在同一户籍但具有赡养、扶养、抚养或收养关系且共同生活的人口计算。共同生活的家庭成员根据使用共同居所、共同享受家庭权利、共同承担家庭义务等因素综合认定，包括：申请人、申请人配偶、申请人不能独立生活的子女（未成年子女和在校接受全日制大学学历教育的成年子女），以及与申请人共同生活且具有法定赡养、扶养、抚养义务关系的其他人员等。非同一户籍的但共同生活的家庭成员需提供社区证明或者单位证明。不计入家庭人口情形以县级以上人民政府规定为准。