附件

鄂尔多斯市党内关怀帮扶专项资金申请审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生  年 月 |  | 一寸  照片 |
| 文 化  程 度 |  | 民 族 |  | 入 党  时 间 |  |
| 户 籍  所在地 |  | 健 康  状 况 |  | 家庭年  总收入 |  |
| 所 在  党组织 |  | | | 联 系  电 话 |  | |
| 家 庭  住 址 |  | | | | | |
| 简    历 |  | | | | | |
| 申请  类型 | 请在下列所属类型方框内打 “√”，其他情形则进行说明。  □ 因公殉职、牺牲的党员家庭  □ 被追授为市级以上（含市级）优秀共产党员或被追认为共产党员的党  员家庭  □ 因公致残、重大意外事故导致生活特别困难的党员  □ 党员本人或家庭主要成员因发生重大疾病导致生活特别困难的  □ 因年老体弱、残疾等原因导致生活特别困难的党员  □ 党员非因公且非本人过错遭受意外伤害致残的  □ 其他为党和国家的事业作出突出贡献，需要关怀帮扶的生活困难党员 | | | | | |
| 上浮  情形 | 请在下列所属类型方框内打“√”，其他情形则进行说明。  □ 党龄达到50年以上  □ 在“三大攻坚战”等重大任务一线工作  □ 边远贫困地区、革命老区的基层一线工作15年以上  □ 曾获得市级以上（含市级）综合性表彰奖励和党内功勋荣誉表彰奖励的 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭  主要  成员  信息 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 工作单位及职务 | 年收入 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 以上内容均由申请人本人或家属填写，情况属实。  申请人（或家属）签名: 年 月 日 | | | | | |
| 党支部  申请意见 | 负责人签名：      （盖章）                    年 月 日 | | | | |
| 基层党委  审核意见 | 负责人签名：   （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 旗区党委  组织部或  市直属党（工）委  审核意见 | （盖章）                     年 月 日 | | | | |
| 市委组织部审批意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |

**注：**此表一式四份，由党员所在党支部、基层党委、旗区党委组织部或市直属党（工）委和市委组织部各留存一份。

|  |
| --- |
| 中共鄂尔多斯市委组织部办公室 2018年12月6日印发 |