包头市党内关怀帮扶专项资金申请表

附件1：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |   | 出 生年 月 |   | 一寸照片 |
| 文 化程 度 |  | 民 族 |  | 入 党年 月 |  |
| 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 |  |
| 申请事由 |  |
| 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、牺牲的党员家庭和因公致残的党员□ 被追授为包头市级及以上优秀共产党员或被追认为共产党员的家庭□ 曾获得包头市级综合性表彰奖励和党内表彰奖励，或担任过市级及以上党代表、人大代表、政协委员，因病、因灾、年老、残疾或家庭遭遇重大事故等原因导致生活特别困难的党员□ 其他需要关爱的情形： |
| 上浮帮扶标准情形 | 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”和扫黑除恶专项斗争等重大任务一线工作□ 边远贫困地区、边境地区、革命老区的基层一线工作15年以上□ 其他需要上浮的情形： |
| 家庭主要成员情况 | 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 | 该党员不存在《包头市党内关怀帮扶专项资金管理办法（试行）》中不得作为专项资金关怀帮扶对象的情形，特此证明。负责人签名：  （盖章）     年 月 日 |
| 提供的有关证明材料真实有效，特此证明。负责人签名：       （盖章）                                           年 月 日 |
| 经支部党员大会或支部委员会会议研究，符合关怀帮扶条件，推荐申请。负责人签名：       （盖章）                                          年 月 日 |
| 基层党委审核意见 | 经初步核查，以上情况均属实。负责人签名：       （盖章）                                           年 月 日 |
|  基层党委公示情况 | 公示时间： 月 日— 月 日经公示无异议或举报经查核不影响申报。负责人签名： （盖章）                                           年 月 日  |
| 旗县区委组织部、市委直属党（工）委审核意见 | 通过看资料、实地调查、征求有关部门意见等方式进行复审，符合申报条件，现正式申报。负责人签名： （盖章）                        年 月 日 |
| 市委组织部审批意见 | 经集中评审，市委组织部部务会会议研究决定，准予发放党内关怀帮扶专项资金。负责人签名： （盖章）                                            年 月 日 |