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 |