

# 池州市总工会办公室文件

池工办发〔2024〕1号

---

## 关于开展 2024 年困难职工生活救助 和医疗救助活动的通知

各县（区）总工会，江南新兴产业集中区、九华山风景区、池州经济技术开发区工会，市系统工会，市直各基层工会：

为深入学习贯彻党的二十大精神及中国工会十八大精神，进一步做好困难职工帮扶救助工作，切实解决职工群众生活中的实际困难，经研究决定，在全市范围内开展 2024 年困难职工生活救助和医疗救助活动。现将有关事项通知如下：

### 一、救助对象

1. 各机关、企事业单位职工（农民工）；
2. 原国有（集体）破产、改制企业的下岗失业职工；
3. 因公牺牲干部职工遗属和工亡家属。

4. 生活困难的退役军人职工。

## 二、救助条件

### （一）生活救助

职工家庭因重大疾病、子女上学、自然灾害、意外事故、残疾等原因造成家庭生活困难，并满足“(家庭近12个月可支配收入-因困支出)÷家庭总人口÷12≤当地低保标准的2倍”。

原则上因困支出总额小于5000元不予救助。

### （二）医疗救助

职工本人或其配偶、共同生活的子女患重大疾病，或职工为独生子女、其父母患重大疾病的（重大疾病是指恶性肿瘤、白血病、重型再生障碍性贫血、肾功能衰竭、急性或亚急性重症肝炎、良性脑肿瘤、心脏瓣膜手术、内脏器官移植及其抗排斥治疗、急性坏死性胰腺炎、慢性肝功能衰竭失代偿期、系统性红斑狼疮等），医疗费用支出较高（近12个月医保结算后个人支付在5000元以上），并满足“(家庭近12个月可支配收入-因困支出)÷家庭总人口÷12≤当地低保标准2倍”。

(家庭近12个月可支配收入-因困支出)÷家庭总人口÷12>当地低保标准2倍的，近12个月内因病个人自付费用应在2.4万元以上。

## 三、申报程序及申报材料

### （一）申报程序

1. 市直（含江南新兴产业集中区、池州经济技术开发区，下同）职工申报：

申请救助的困难职工向本人所在单位工会进行申报。

破产、改制的原国有、集体企业下岗失业职工向本单位留

守处申报；留守处已经解散的，直接向市总工会职工服务中心（池州市贵池区秋浦东路 75 号，2044151）申报。

所在单位工会调查核实情况后，盖章确认，报市总工会职工服务中心。市总工会职工服务中心初审后，报市总工会党组会议研究确定救助对象。同时申报生活救助和医疗救助的，须满足《池州市工会困难职工帮扶实施暂行办法》第九条之规定。

## 2. 各县（区）、九华山职工申报：

各县（区）、九华山职工申报程序由各地自行规定。

## （二）申报材料

已在工会困难职工帮扶系统中建档的困难职工，提供申报材料 1、4、6、7、8（低保户家庭同时提供申报材料 3）。

2024 年新申报的困难职工提供以下材料：

### 1. 本人申请书（附件 1，单位工会签署意见并盖章）；

原企业留守处已撤销的，所在社区工会签署意见并盖章。社区工会不盖章签署意见的，需提供申请人的下岗证复印件。

生活救助和医疗救助活动均是以家庭户为单位的，只能由家庭成员一人提出申请，不得重复申请。

### 2. 填写《困难职工（农民工）档案表》（附件 2、3）；

档案表由职工所在单位工会或社区工会签署意见并盖章。

3. 低保证复印件、以及自提交申请前连续 12 个月低保金发放流水复印件；

4. 大病诊断证明书或出院小结复印件、近 12 个月的《职工医保参保人员就诊查询表（个人就诊台账）》，或提供医疗发票复印件，并填报《医疗发票统计表》（附件 4）；

### 5. 子女上高中或大学，提供学生证或录取通知书复印件；

6. 收入证明（家庭已成年成员均需全部提供）；

申请人及其配偶、其他共同生活的家庭成员是在职职工的，提供本人自提交申请前连续 12 个月的银行流水证明（不可以单独选“工资”项打印，要全部打印）；采取现金形式发放的，请所在单位财务部门提供完整的月发放工资表复印件，并加盖财务公章。

申请人及其配偶、其他共同生活的家庭成员，现无固定工作单位的，由申请人所在单位工会、或市总工会职工服务中心安排人员进行走访调查，填写《困难职工家庭走访调查表》（附件 5）；

已退休的家庭成员，提供退休金银行工资流水；

在就业年龄段人员，非因哺乳期（1 年以内）、照料重残、大病家庭成员、丧失劳动能力等特殊情况的，无法提供收入证明的，按当地最低工资标准计算。

7. 职工本人第三代社会保障卡复印件（需开通金融功能）；

8. 池州市居民家庭经济状况信息核对授权书（附件 6）；

9. 《池州市不动产登记信息证明》；

10. 本人及家庭成员身份证复印件。

申报材料 3，有则提供，没有则无需提供。

申报材料 4、5，必须提供其中之一。

各县（区）、九华山职工申报材料由各地结合实际自行规定。

#### **四、不予帮扶救助的情形**

有下列情形之一的不予帮扶：

1. 子女在高收费（学费超过 2 万元）私立学校就读或自费

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及家庭人口变动情况，提供虚假申请材料及证明的家庭。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. 在城镇具有两套住房或拥有、经常使用各种机动车辆的（残疾、患病职工用于功能性补偿代步除外）不建立深度困难职工档案；拥有 10 万元以上机动车辆或在城镇具有两套住房且人均住房面积超过当地上年度人均住房面积的不建立相对困难职工档案；拥有 20 万元以上机动车、具有三套房或豪华住房的不建立意外致困职工档案。

6. 已实行社会化管理的退休人员，或者虽未退休但男满 60 周岁，女满 55 周岁的。

7. 各地总工会结合当地实际认定的其他情形。

## **五、申报时间安排**

申请生活救助项目的，请各单位工会于 2024 年 4 月底前将符合救助条件的困难职工申报材料报送至市总工会职工服务中心（池州市贵池区秋浦东路 75 号，2044151）。

申报医疗救助项目的，可根据实际医保结算情况适当延长，但不能迟于 2024 年 12 月 1 日。逾期原则上不再接受本年度申报救助。

## **六、救助标准**

按照《池州市工会困难职工帮扶实施暂行办法》（池工办发〔2021〕21号）的有关规定执行。

**生活救助标准：**深度困难职工家庭，9000元/年。相对困难职工家庭，7200元/年。原则上按季度发放。

**医疗救助标准：**

1. 深度困难职工家庭：个人自付2万元（含2万元）以下的，按照个人承担的合规医疗费部分100%救助（四舍五入精确至百），不超过个人自付部分。如自付医药费过高造成生活确实特别困难的，救助标准经市总工会报上级工会批准可适当提高。超过2万元的报送省总工会审批，超过5万元的报送全总审批。

2. 相对困难职工家庭：具体帮扶标准参照深度困难职工帮扶标准的80%确定（四舍五入精确至百），只予单一项目救助，不予多重救助，最高不超过1.6万元。

3. 意外致困职工家庭：按照个人承担的合规医疗费部分的15%确定帮扶标准（四舍五入精确至百），最高不超过1万元。

## **七、活动要求**

### **1. 提高认识，加强组织领导**

全市各级工会要高度重视、精心策划、周密实施，切实解决职工群众实际困难，扎实做好职工困难精准帮扶，切实做到应建尽建、应帮尽帮，实现全覆盖、不遗漏。

### **2. 广泛宣传，营造浓厚氛围**

加大舆论宣传力度，充分发挥工会微信公众号、网站等平台作用，大力宣传职工困难帮扶救助工作，让职工群众进一步知晓了解困难职工帮扶政策，切实感受到党和政府以及工会组

织的温暖。

### 3. 精准识别，严格规范申报

采取有效措施，加强与职工群众联系，对所属建档在册的困难职工家庭要做到入户走访、认真摸底，精准识别、准确核查，做好信息比对，同时要严格把握申报条件，把真正困难的职工申报上来。

### 4. 认真总结，上报工作情况

活动结束后，全市各级工会组织要认真总结经验，进一步推动困难职工帮扶救助工作常态化、规范化，并将活动开展情况报市总工会权益保障部。

联系人：何臣      联系电话：0566-2088151。

- 附件：1. 《困难职工帮扶救助申请书》  
2. 《困难职工档案表》  
3. 《困难农民工档案表》  
4. 《医疗发票统计表》  
5. 《困难职工家庭走访调查表》  
6. 《池州市居民家庭经济状况信息核对授权书》



附件 1:

## 困难职工帮扶救助申请书（样表）

本人姓名\_\_\_\_\_，性别：\_\_\_\_\_，工作单位：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_。

本人因（子女上学、大病、意外致困、收入低等原因）

---

---

---

致使生活困难，向工会组织申请救助。本人对申请救助信息的真实性负责。如提供虚假申请材料的，自愿承担相应责任。

申请人签字：

年 月 日



附件 2:

困难城镇职工档案表格（\*为必填项）

职工编号			困难类别		档案类型	城镇困难职工	建档标准		
*姓名	*民族	*性别	*政治面貌	*身份证号		*健康状况	疾病/残疾类别	*工作状态	*工作时间
*住房类型	建筑面积		手机号码	其他联系方式	*劳模类型	*婚姻状况	是否单亲	*医保状况	
*家庭住址			邮政编码	*工作单位		*单位性质		*企业状况	*所属行业
*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	*户口类型
根据工资流水算出		根据提供材料自动算出		自动算出	自动算出	自动算出			
是否有一定自救能力					是否为零就业家庭				
*主要致困原因				年度必要支出		其他(文字描述)			
次要致困原因 (0-3 项)		<input type="checkbox"/> 本人大病 <input type="checkbox"/> 供养直系亲属大病 <input type="checkbox"/> 本人残疾 <input type="checkbox"/> 家属残疾 <input type="checkbox"/> 子女上学 <input type="checkbox"/> 本人下岗失业 <input type="checkbox"/> 家属下岗失业 <input type="checkbox"/> 自然灾害 <input type="checkbox"/> 重大事故 <input type="checkbox"/> 收入低							
开户银行		支行名称				银行卡号	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□		
附 件		附件名称		附件类型		备注			
所在单位（社区）工会审批意见					市总工会困难职工帮扶中心审批意见				
（盖章）    年    月    日					（盖章）    年    月    日				

家庭成员信息表格 1	*姓名		*关系（是户主的）		*民族	
	*身份证号		出生日期	自动生成无需填写	年龄	自动生成无需填写
	性别	自动生成无需填写	政治面貌		*月收入	
	*劳模类型		*健康状况		疾病/残疾类别	
	*医保状况		*婚姻状况		*户口类型	
	手机号码		其它联系方式		*人员身份	
	当前学历		入学年份		年制	
	单位或学校					
	单位性质		企业状况		所属行业	
	工作状态		劳动合同签订/入伍时间		合同期限	
	备注					

-----

家庭成员信息表格 2	*姓名		*关系（是户主的）		*民族	
	*身份证号		出生日期	自动生成无需填写	年龄	自动生成无需填写
	性别	自动生成无需填写	政治面貌		*月收入	
	*劳模类型		*健康状况		疾病/残疾类别	
	*医保状况		*婚姻状况		*户口类型	
	手机号码		其它联系方式		*人员身份	
	当前学历		入学年份		年制	
	单位或学校					
	单位性质		企业状况		所属行业	
	工作状态		劳动合同签订/入伍时间		合同期限	
	备注					

## 附件 3:

困难农民工档案表格（\*为必填项）

职工编号			困难类别		档案类型		建档标准		
*姓名	*民族	*性别	*政治面貌	*身份证号		*健康状况	疾病/残疾类别	*劳动合同签订时间	*合同期限
*住房类型	建筑面积		手机号码	其他联系方式	*劳模类型	*婚姻状况	是否单亲	是否复退军人	*医保状况
*家庭住址			邮政编码	*工作单位		*单位性质		*企业状况	*所属行业
*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	*户口类型
根据工资流水算出		根据提供材料自动算出		自动算出	自动算出	自动算出			
是否有一定自救能力					是否为零就业家庭				
*主要致困原因				年度必要支出			其他(文字描述)		
次要致困原因 (0-3 项)		<input type="checkbox"/> 本人大病 <input type="checkbox"/> 供养直系亲属大病 <input type="checkbox"/> 本人下岗失业 <input type="checkbox"/> 家属下岗失业		<input type="checkbox"/> 本人残疾 <input type="checkbox"/> 家属残疾 <input type="checkbox"/> 自然灾害 <input type="checkbox"/> 重大事故		<input type="checkbox"/> 子女上学 <input type="checkbox"/> 收入低			
开户银行		支行名称				银行卡号	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□		
附 件		附件名称		附件类型		备注			
所在单位（社区）工会审批意见					市总工会困难职工帮扶中心审批意见				
（盖章）    年    月    日					（盖章）    年    月    日				

-----

家庭成员信息表格 1	*姓名		*关系（是户主的）		*民族	
	*身份证号		出生日期	自动生成无需填写	年龄	自动生成无需填写
	性别	自动生成无需填写	政治面貌		*月收入	
	*劳模类型		*健康状况		疾病/残疾类别	
	*医保状况		*婚姻状况		*户口类型	
	手机号码		其它联系方式		*人员身份	
	当前学历		入学年份		年制	
	单位或学校					
	单位性质		企业状况		所属行业	
	工作状态		劳动合同签订/入伍时间		合同期限	
	备注					

-----

家庭成员信息表格 2	*姓名		*关系（是户主的）		*民族	
	*身份证号		出生日期	自动生成无需填写	年龄	自动生成无需填写
	性别	自动生成无需填写	政治面貌		*月收入	
	*劳模类型		*健康状况		疾病/残疾类别	
	*医保状况		*婚姻状况		*户口类型	
	手机号码		其它联系方式		*人员身份	
	当前学历		入学年份		年制	
	单位或学校					
	单位性质		企业状况		所属行业	
	工作状态		劳动合同签订/入伍时间		合同期限	
	备注					

-----

家庭成员信息表格3	*姓名		*关系（是户主的）		*民族	
	*身份证号		出生日期	自动生成无需填写	年龄	自动生成无需填写
	性别	自动生成无需填写	政治面貌		*月收入	
	*劳模类型		*健康状况		疾病/残疾类别	
	*医保状况		*婚姻状况		*户口类型	
	手机号码		其它联系方式		*人员身份	
	当前学历		入学年份		年制	
	单位或学校					
	单位性质		企业状况		所属行业	
	工作状态		劳动合同签订/入伍时间		合同期限	
	备注					

-----

家庭成员信息表格4	*姓名		*关系（是户主的）		*民族	
	*身份证号		出生日期	自动生成无需填写	年龄	自动生成无需填写
	性别	自动生成无需填写	政治面貌		*月收入	
	*劳模类型		*健康状况		疾病/残疾类别	
	*医保状况		*婚姻状况		*户口类型	
	手机号码		其它联系方式		*人员身份	
	当前学历		入学年份		年制	
	单位或学校					
	单位性质		企业状况		所属行业	
	工作状态		劳动合同签订/入伍时间		合同期限	
	备注					

附件 4：

医疗发票统计表

申请人：

序号	就诊时间	发票金额（元）	个人自付金额（元）	备注

附件 5：

困难职工家庭走访调查表

申请人姓名		家庭共同生活人口数	
家庭住址		联系电话	
工作单位			
家庭困难综合情况	(包含家庭收入及致困因素)		
调查人员签字（两人以上）：  年 月 日			
以上入户调查填写情况属实：  被调查家庭成员代表签字：  年 月 日			
基层工会初审意见：			
县（市、区）总工会帮扶中心审核意见：			

附件 6:

池州市居民家庭经济状况信息核对授权书

本人姓名\_\_\_\_\_，现申请\_\_\_\_\_救助。

本人及家庭成员授权居民家庭经济状况核对机构对本家庭成员（含法定赡、抚、扶养关系成员）的收入和家庭财产情况的相关信息核对，包括但不限于入户调查和到公安、人社、住建、市场监管、税务、自然资源、公积金中心、银行、保险、证券等部门、机构进行核查和信息比对。授权有效期从本人提出申请之日起至终止社会救助之日止。

本人及其家庭成员保证，所提供的全部信息真实、完整，愿意接受有关部门调查，如虚报、隐瞒、伪造申请材料，自愿承担相应法律责任。

申请人及其共同生活家庭成员签字（按捺指纹）:

姓 名	与户主关系	身份证号码	签名(指纹)

授权家庭: (户主签字)

家庭地址:

联系电话:

授权日期: