附件1

湖南省卫生计生系统困难职工信息表

填报县（市、区）单位： （盖章） 填报人： 电话： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 民族 | 工作单位及职务 | 在本系统工作年限 | 身份证号 | 联系电话 | 家庭人口数 | 家庭年收入 | 致贫原因 | 已受助 | 受助年月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表说明：1.建档立册对象为卫生计生系统内困难干部职工且具备下列条件之一：①计划生育特殊家庭；②职工因公殉职或因公、因病致伤致残的；③家庭成员因重大疾病、意外事故或自然灾害导致生活困难的；④其他特殊困难家庭。

 2.各单位按照调查情况自行增加表格行数。

 3.根据实际情况，如果已经接受过省人口健康福利基金会的救助，请在“已受助”栏打“√”，并填写受助的年月。