

附件

# 2026 年市直困难职工医疗救助活动 申报指引

## 一、界定标准及不纳入工会系统建档帮扶情形

### (一) 困难职工的界定

原则上为市直范围内已加入工会组织的困难职工。

1. 工会帮扶系统建档在册困难职工。符合工会帮扶管理系统“深度困难、相对困难、意外致困”类别建档条件的市直困难职工家庭。

2. 其他类型困难职工。家庭实际人均月收入在当地最低生活保障标准 3 倍以下的市直困难职工家庭。

以上“家庭实际人均月收入”=（家庭年度总收入 - 所得税 - 五险一金 - 由于患病、子女上学、残疾等原因造成的“家庭刚性支出”）÷12÷家庭人口数。

“家庭刚性支出”不含困难职工生产生活所需的食物、衣着、住房、日用品支出等类支出费用。

### (二) 不纳入工会系统建档帮扶的情形

1. 本人或家庭成员为公司控股股东和实际控制人。

2. 子女进入高收费私立学校就读或自费出国(境)留学的,包括小学、初中、高中阶段的高收费私立学校(不含优录免费生),以及大学中外合作专业。

3. 存在县级以上人民政府规定的高消费行为。

4. 故意隐瞒家庭真实情况,提供明显虚假证明资料的;拒绝

配合调查核查,致使无法核实家庭实际经济状况的;有在就业年龄段内无正当理由拒绝就业家庭成员的;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. 因打架、斗殴、酗酒、赌博、吸食毒品或其他违法犯罪行为造成伤害的;当事人受伤害但可以追偿责任主体,并获得足额赔偿的。

6. 已实行社会化管理的离休、病退、退休人员。

7. 其它不宜建档的情况。

### **(三) 职工家庭拥有房产、车辆限定标准**

本人及家庭成员实际拥有 2 套(含)以上房产的(不含农村宅基地、车库车位),不能申报深度困难职工,可申报相对困难职工。在查实家庭成员实际居住住房后,其他实际拥有的房产,不论是否出租,均应参照同地段同类型房屋的市场租赁价格计入家庭收入。

本人及家庭成员拥有机动车、船舶、工程机械以及大型农机具的(摩托车、三轮车、残疾和患病职工功能性代步车除外),不能申报深度困难职工。本人及家庭成员拥有以上其中一项或多项,合计购买价格在 15 万元(含)以内的,可申报相对困难职工。

## **二、职工申报材料**

(一)《滁州市直困难职工帮扶救助申请书》(见附件 1)。

(二)《滁州市直困难职工档案表格》(见附件 2)。

(三)《滁州市工会救助申请家庭经济状况核对承诺授权书》(见附件 3)。

(四)职工本人及共同生活家庭成员的身份证复印件(身份

证需正反复印)和家庭户口本复印件。

(五)共同生活家庭成员收入证明。

有残疾证、低保证、就业失业登记证的提供复印件。同时,需提供近12个连续自然月(如:2025年4月1日至2026年3月31日)的残疾补助补贴、低保收入等银行卡流水。

(六)自付医疗费用证明材料。

- 1.县级及以上医疗机构诊断证明或出院小结;
- 2.个人承担的医疗费用证明材料。

(七)以困难职工本人身份证开户的银行卡(或存折)复印件(优先提供本人三代社保卡银行账户,注明开户行详细名称,如“\*\*银行\*\*支行”)。

(八)非社会化管理的退休职工需单位工会出具相关证明。

### 三、材料说明

#### (一)共同居住生活家庭成员

- 1.原则上以户籍为单位且共同居住6个月及以上的人口。
- 2.不在同一户籍但具有赡养、扶养、抚养或收养关系且共同居住的人口,具体情况必须由基层工会2名及以上人员实际入户走访核查,按要求填写《滁州市直困难职工家庭走访调查表》(见附件4),写明共同居住情况。

#### (二)家庭成员收入证明

- 1.职工家庭就业人员近12个连续自然月(如:2025年4月1日至2026年3月31日)银行卡流水记录证明(如因特殊原因工资现金发放的,需职工所在单位出具近12个月的工资签领表并加盖单位公章或财务专用章)。公务员、事业单位职工工资应

当包含月工资和绩效奖金等；

2. 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，按照当地城镇私营单位就业人员年平均工资标准计算。

3. 灵活就业人员无法提供收入证明的原则上需所在基层单位工会2名及以上人员走访后填写《滁州市直困难职工家庭走访调查表》（见附件4），写明走访情况，收入按照当地城镇私营单位就业人员年平均工资标准计算。

4. 家庭拥有2套（含）以上住房的，在查实家庭成员实际居住住房后，其他实际拥有的房产，不论是否出租，均应参照同地段同类型房屋的市场租赁价格计入家庭收入。

#### **四、救助标准**

##### **（一）系统建档在册困难职工救助条件及标准**

系统建档在册困难职工的救助按照“先建档、后帮扶、实名制”原则实施，救助标准参照当前《安徽省工会困难职工建档帮扶实施细则》文件标准执行。

##### **（二）其他类型困难职工救助条件及标准**

救助条件及标准参照《滁州市总工会送温暖资金使用管理暂行办法》（滁工〔2017〕90号）文件标准执行。医疗救助标准是根据困难职工家庭近一年可支配人均月收入、个人承担医疗费用总额及家庭困难程度等因素综合确定。

##### **1. 重症救助**

困难职工（含共同生活的主要家庭成员）因意外伤害、重大

疾病等原因导致成植物人的；患重大疾病需要进行肾脏、心脏、肺、胰脏、肝脏或骨髓移植等重要器官移植手术的（不含术后排斥期），具体救助标准如下：

（1）家庭可支配人均月收入低于 810 元（含）的，自付医疗费用在 50000 元以上（含）的，按自费部分的 50%帮扶（取整数至十元，下同），最高给予 30000 元的救助；

（2）家庭可支配人均月收入在 810-2430 元（含）的，自付医疗费用部分在 80000 元以上（含）的，按自费部分的 20%帮扶，最高给予 20000 元的救助；

（3）家庭可支配人均月收入在 2430 元以上的，自付医疗费用部分在 100000 元以上（含）的，给予 10000 元的救助（同时，扣减刚性支出后家庭实际人均月收入低于 2430 元的）。

## 2. 医疗救助

困难职工（含共同生活的主要家庭成员）患急性心肌梗塞、冠状动脉搭桥术、恶性肿瘤、慢性肾功能衰竭（尿毒症）、血液病（含再生障碍性贫血、系统性红斑狼疮等）、颅内原发肿瘤手术、严重运动神经元病、截瘫、精神病、疾病或意外导致的半身不遂（瘫痪）或肢体残缺等应当救助的其他疾病，最高救助标准不超过 8000 元，具体救助标准如下：

（1）家庭可支配人均月收入低于 810 元（含）的，按自费部分的 50%救助；

（2）家庭可支配人均月收入在 810-2430 元（含）的，自费部分在 8000 元以上（含）的，按自费部分的 30%救助；

（3）家庭可支配人均月收入在 2430 元以上，自费部分在

10000 元以上（含）的，按自费部分的 10%救助（同时，扣减刚性支出后家庭实际人均月收入低于 2430 元的）。

## 五、报送材料

各相关单位工会填写《2026 年滁州市直困难职工医疗救助活动实名制汇总表》（在职职工、退休职工）（见附件 5）并加盖工会章，与公示材料及审核后的职工申报材料一并报送至滁州市困难职工帮扶中心（滁州市龙蟠大道 87 号）复核，其中汇总表电子版以 Excel 格式同时发送至邮箱：1454166367@qq.com。

- 附件:
1. 滁州市直困难职工救助申请书
  2. 滁州市直困难职工档案表格
  3. 滁州市工会救助申请家庭经济状况核对承诺授权书
  4. 滁州市直困难职工家庭走访调查表
  5. 2026 年滁州市直困难职工医疗救助活动实名制汇总表（在职职工、退休职工）

附件 1

## 滁州市直困难职工帮扶救助申请书

本人姓名\_\_\_\_\_，性别：\_\_\_\_\_，工作单位：  
\_\_\_\_\_，身份证号：\_\_\_\_\_。

本人家庭\_\_\_\_口人，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

## 滁州市直困难职工档案表格 (\*为必填项)

职工编号			档案类型			建档标准					
*姓名	*民族	*性别	*政治面貌	*身份证号	*出生日期	年龄	*健康状况	疾病/残疾类别	*工作状态	入职工作时间	
*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			
*是否有一定自救能力						是否为零就业家庭					
*主要致困原因			*刚性支出		其他（文字描述）						
次要致困原因（0-3项）											
*开户银行			*支行名称			*银行卡号					

家庭成员信息表格 1	*姓名		*关系（是职工的）		*民族	
	*身份证号		出生日期		年龄	
	性别		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	
家庭成员信息表格 2	*姓名		*关系（是职工的）		*民族	
	*身份证号		出生日期		年龄	
	性别		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	

家庭成员信息表格3	*姓名		*关系（是职工的）		*民族	
	*身份证号		出生日期		年龄	
	性别		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	
基层工会意见	意见（盖章）：  年 月 日		主管局 （产业） 工会意见	意见（盖章）：  年 月 日		帮扶中心意见  意见（盖章）：  年 月 日
备注						

注：“基层工会意见”、“主管局（产业）工会意见”处需签署意见并盖章。

## 滁州市工会救助申请家庭经济状况核对 承诺授权书

本家庭已提出申请享受医疗救助，本家庭同意取得此授权书的工会组织及其工作人员向所有涉及到本家庭经济状况信息的部门或机构查询、核对本家庭财产和收入状况，核查内容包括本人及家庭成员（包含共同生活的家庭成员及法定赡养人、抚养人、扶养人）的社保缴纳金、机动车辆、房屋、存款、生产经营等情况。

特此授权。

姓名	与职工关系	身份证号码
例： 张某	职工本人	342112.....2304
1、 _____	_____	_____
2、 _____	_____	_____
3、 _____	_____	_____
4、 _____	_____	_____
5、 _____	_____	_____

授权家庭：（职工签字、指模）

联系电话：

年 月 日

## 滁州市直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	<p><b>举例：</b> 张某家庭共 <u>XX</u> 口人，本人是企业在职职工；妻子是 <u>XX</u> 企业在职职工；大女儿 <u>XXXX</u> 年考入 <u>XX</u> 学校 <u>XX</u> 专业；小儿子在 <u>XX</u> 学校读 <u>XX</u> 年级.....；父母共同居住.....（补充描述其他成员与职工共同生活情况，以及工作、收入等情况），家庭生活困难。</p> <p>（家庭成员无工作或是灵活就业人员，无特殊原因无法提供收入证明的，写明按照当地城镇私营单位就业人员年平均工资标准计算收入）</p> <p><b>家庭情况按照以上模板如实、详细填写。</b></p>		
走访调查人员签字（盖章、两人及以上）： <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			
以上入户调查填写情况属实。 被调查家庭成员代表签字： <p style="text-align: right;">年 月 日</p>			
基层工会初审意见： <p style="text-align: right;">（盖章） 年 月 日</p>			
主管局（产业）工会复审意见： <p style="text-align: right;">（盖章） 年 月 日</p>			
市总工会帮扶中心审核意见： <p style="text-align: right;">（盖章） 年 月 日</p>			

注：“基层工会初审意见”、“主管局（产业）工会复审意见”处需签署意见并盖章。

## 2026年滁州市直困难职工医疗救助活动实名制汇总表(在职职工)

填报单位(公章):

审核人:

联系电话(手机):

2026年 月 日

序号	职工基本情况										家庭年度总收入(元)	家庭可支配收入(元)	个人自费费用(元)	家庭实际人均月收入(元)	备注	
	姓名	性别	是否是农民工	身份证号码	工作单位	联系电话	家庭实际居住地址	病种及家庭困难情况(详细填写)	银行卡(折)号及开户行名称	家庭人口数(人)						
1								举例: 家庭共XX口人, 本人是XX企业在职职工; 妻子是XX企业在职职工; 大女儿XX年考入XX学校XX专业; 小儿子在XX学校读XX年级.....; 父母共同居住.....(补充描述其他成员与职工共同生活情况, 以及工作、收入等情况), 因.....原因费用高, 家庭生活困难。								
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
合计	困难职工总数: _____人 其中: 困难农民工数_____人															

## 2026年滁州市直困难职工医疗救助活动实名制汇总表（退休职工）

填报单位（公章）：

审核人：

联系电话（手机）：

2026年 月 日

序号	职工基本情况									家庭年度总收入 (元)	家庭可支配人均月收入 (元)	个人自费费用 (元)	家庭实际人均月收入 (元)	备注	
	姓名	性别	身份证号码	工作单位	联系电话	家庭实际居住地址	病种及家庭困难情况（详细填写）	银行卡（折）号及开户行名称	家庭人口数 (人)						
1							<b>举例：</b> 家庭共XX口人，张某本人是退休职工；妻子是XX企业职工，都有退休工资收入；（补充描述其他成员与职工共同生活情况，以及工作、收入等情况），因.....原因费用高，家庭生活困难。								
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
合计	困难职工总数：_____人														