**西安文理学院教职工困难补助申请**

部门：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 出生  年月 | |  | | 入会  时间 |  | |
| 工作  部门 |  | | 职务（职称） | | |  | | 联系电话 | |  | | |
| 申请  原因 | 大病重病  医疗补助 | |  | | 突发意外事  故困难补助 | | | |  | 家庭特殊  困难补助 | |  |
| 家庭  成员  情况 | 与本人关系 | 姓 名 | | | 年龄 | | 工作（学习）单位 | | | | | 个人收入 |
|  |  | | |  | |  | | | | |  |
|  |  | | |  | |  | | | | |  |
|  |  | | |  | |  | | | | |  |
|  |  | | |  | |  | | | | |  |
| 申  请  理  由 | （可另附表）  申请人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 申请人所在基层分会初审意见 | 负责人（签名）：  年 月 日（公章） | | | | | | | | | | | |
| 福利委员会意见 | 负责人（签名）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | | |