附件4

华北电力大学分工会“困难帮扶”申请表（四）（适用于分工会在职会员疾病困难帮扶）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分工会 |  | 教工号 |  | 年龄 |  |
| 申请人 |  | 工资卡号 |  |
| 家 庭 成 员 情 况 |
| 姓 名 | 关系 | 年龄 | 职业 | 收入 | 现居住地址 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申请理由 | 申请人签名 : |
| 分工会意 见 | 符合困难帮扶条件的\_\_\_\_\_\_\_\_条，予以解决。 签名 （盖章）  年 月 日 |
| 帮扶金额 |  |

申请时请附：诊断证明复印件(初次确诊者需提供)、医药费自付收据原件。