附件1

长春光机所困难职工登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | | 年龄 | |  |
| 所在部门 |  | 职称 | |  | | 本人月收入（实际到手工资） | |  |
| 家庭人口 |  | 编制 | |  | | 家庭月收入（实际到手工资） | |  |
| 政治面貌 |  | | 电话 | | |  | | |
| 困难原因 | （困难原因需要提供相关证明材料，如住院诊断书、重大意外事故或遭遇重大灾害） | | | | | | | |
| □低收入 | □本人患病 | | | □爱人子女患病 | | □重大意外灾害 | □单亲妈妈 |

其他家庭成员情况(一起居住)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 年 龄 | 关 系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 情况  核实 | 分会主席签字： 党支部书记签字：  年 月 日 | | |