附件1

石桥街道社会化管理企业退休人员困难补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申  请  人  基  本  情  况 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 档案编号 |  |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  |
| 社会化管理  所在街道 |  | | | 社 区 |  |
| 实际居住地 |  | | | | |
| 申请帮扶  原 因 | 申请人（委托人）签名： 年 月 日 | | | | |
| 所在社区意见 | | 符合困难补助条件。  （章） 年 月 日 | | | | |
| 所在街道退管  经办机构意见 | | □规定病种人员  一个自然年度内住院及规定病种门诊，符合医保开支范围的自付医疗费（扣除医疗救助资金）￥：  □非规定病种人员  一个自然年度内住院，符合医保开支范围的自付医疗费（扣除医疗救助资金）￥：  拟补助金额：人民币 仟 佰元整。￥：    （章） 年 月 日 | | | | |

注：1、此表“一式二份”，街道退管经办机构和社区各执一份。

2、中华人民共和国成立前参加革命工作的老工人、退役的六级及以上残疾军人、市级及以上高层次人才、市级及以上劳动模范，以及参照享受劳动模范医疗待遇等人员，不重复享受。（医保未缴满20年未享受退休医保待遇的也不享受）。