**关于做好我校困难党员帮扶申报工作的通知**

发布人：周琴     签发人：     审核人：     发布部门：党委组织部/党校     发布日期：2018-05-22 09:18     浏览人数：17

各二级党组织：

根据州委组织部《关于申报2018年党内帮扶基金的通知》精神，为切实做好我校困难党员帮扶申报工作，现将有关事项通知如下。

一、帮扶对象

党组织关系在学校党委组织部的部分生活困难的教工党员。

二、 帮扶标准

1、帮扶对象本人因常年大病、重灾或突发性事故，年度内自付住院医疗费7万元以上。其中，年度内自付住院医疗费7万元以上10万元以下的，给予3000元救助；年度内自付住院医疗费10万以上15万元以下的，给予4000元救助；年度内自付住院医疗费15万元以上的，给予5000元的救助。

2、帮扶对象直系亲属（夫妻、子女、父母）患重病住院，年度内自付住院医疗费8万元以上，导致家庭生活特别困难的，给予2000元救助。

申报时应结合大病申请对象后续康复状况、家庭成员整体经济情况等因素综合考虑，不能仅把自付住院医疗费作为申报的唯一标准。同时符合上述多项条件的，只给予最高帮扶额度的救助；除特殊情况外，年度内对同一党员不进行重复救助。

三、 申报程序

由帮扶对象本人提出申请，各单位党组织调查核实，各二级党组织审核汇总后，于5月25日前报学校党委组织部，申报时须附医疗机构诊断证明及医疗费支付凭证。申报表电子稿发组织部邮箱。

联系人：周琴 联系方式：8564794 组织部邮箱：[jdzzb168@163.com](mailto:jdzzb168@163.com)

附件一：湘西自治州党内帮扶专项基金申请表

附件二: 医疗发票附件登记表

中共吉首大学委员会组织部

2018年5月22日

附件一：

湘西自治州党内帮扶专项基金申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 年龄 |  | 入党  时间 |  |
| 住址 |  | | | | 电话 |  | 身份  证号 |  | |
| 家庭主要成员情况 | 称谓 | 姓名 | | | 性别 | 年龄 | 单位、职业  （就读学校） | | 年收入  （年负担、创业项目） |
|  |  | | |  |  |  | |  |
|  |  | | |  |  |  | |
|  |  | | |  |  |  | |
|  |  | | |  |  |  | |
|  |  | | |  |  |  | |
| 申请 帮扶 理由 |  | | | | | | | | |
| 申请人所属  党支部意见 | | | 盖 章  年 月 日 | | | | | | |
| 二级党组织初审意见 | | | 盖 章  年 月 日 | | | | | | |
| 县市委组织部（湘西经济开发区党工委、州直工委、州“两新”党工委、吉首大学党委组织部）复审意见 | | | 盖 章  年 月 日 | | | | | | |
| 州委组织部  业务科室意见 | | | 盖 章  年 月 日 | | | | | | |
| 州委组织部  意 见 | | | 盖 章  年 月 日 | | | | | | |
| 备 注 | | |  | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件二、

医疗发票附件登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 住院起止日期 | 住院金额 | 自付部分金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计 | —— |  |  | —— |

发票复印件粘贴处：