江苏省党内关爱资金审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 出 生  年 月 | 1933.05  **（年月格式）** | | | 照片 |
| 文 化  程 度 |  | 民 族 | | ×族 | | 入 党  年 月 | 1956.04  **（年月格式）** | | |
| 户 籍  所在地 | 江苏×× | 健 康  状 况 | |  | | 家庭年总收入 | ×万元 | | |
| 所 在  党组织 |  | | | | | 联 系  电 话 |  | | | |
| 家 庭  住 址 |  | | | | | | | | | |
| 简    历 |  | | | | | | | | | |
| 申请  事由 | （字数控制在200字左右） | | | | | | | | | |
| 申请  类型 | 请在下列所属类型方框内打 “√”，若属其他情形则进行说明  🗹 生活困难党员  □ 因年老体弱丧失劳动能力、无固定收入来源导致生活特别困难的  □ 因重大自然灾害、重大意外事故、重大疾病导致生活特别困难的  □ 因公致残、殉职、牺牲的党员或其家庭，被追认为共产党员或追授为省级以上优秀共产党员称号的党员家庭  □ 其他需要关爱的情形说明： | | | | | | | | | |
| 获得县级（含）以上荣誉情况 |  | | 担任省  级以上  两代表  一委员  情 况 | |  | | | 近三年  民主评  议党员  情 况 |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭  主要  成员  情况 | 称谓 | 姓名 | 年龄（岁） | 工作单位及职务 | 年收入  （元） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 以上内容均由申请人本人或家属填写，情况属实。  申请人（或家属）签名：    年 月 日 | | | | | |
| 基层  党组织  意见 | 负责人签名：             （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 县（上）级党委组织部门审核意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 市委组织部或省属党工委审核意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 省委组织部审批意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | |