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 |