

# 福建省泉州市总工会

---

## 关于第三十四次“全国助残日”期间 组织开展慰问困难残疾职工的通知

各县（市、区）总工会、泉州开发区工委会、泉州台商投资区总工会，市直机关工会及各产业（系统）工会，市总工会直属工委：

为营造关心、帮助残疾职工社会氛围，助力增强残疾职工获得感、幸福感和安全感，在第三十四次“全国助残日”来临之际，市总工会决定开展“助残日”送温暖活动，走访慰问一批在职困难残疾职工。现将有关事项通知如下：

### 一、时间安排

5月19日“全国助残日”期间。

### 二、对象范围

所在单位工会隶属于市直机关工会及各产业（系统）工会、市总工会直属工委的在职困难残疾职工。各县（市、区）、泉州开发区、泉州台商投资区在职困难残疾职工，按工会隶属关系由所在地方总工会开展慰问。

### 三、活动要求

1. 请市直机关工会及各产业（系统）工会、市总工会直属工委组织各市直单位认真摸排在职困难残疾职工，掌握情况，并提供《泉州市总工会“助残日”活动对象申报表》（附件1）、残疾

职工身份证及残疾证复印件，于4月28日前将上述材料和《泉州市在职困难残疾职工汇总表》（附件2）报送至市总工会职工服务中心。

2. 请各县（市、区）总工会、泉州开发区工委会、泉州台商投资区总工会参照市总工会做法，组织开展“助残日”送温暖活动，相关慰问标准和程序按照《泉州市工会常态化送温暖工作规范（试行）》中“一般性慰问对象”相关规定执行。活动开展情况于5月31日前报送市总工会职工服务中心。

联系人：陈雪查；联系电话：22170110；电子邮箱：  
qzszghqyb@163.com。

- 附件：1. 泉州市总工会“助残日”活动对象申报表  
2. 泉州市在职困难残疾职工汇总表

泉州市总工会办公室

2024年4月11日



附件 1

## 泉州市总工会“助残日”活动对象申报表

申请人	姓名	性别	身份证号	手机号码	婚姻状况	现家庭居住地址	家庭人口
	工作单位		本人月收入	开户银行及银行网点名称		银行卡号	
	姓名	与申请人关系	身份证号	月收入(元)	工作单位/学校	职务/岗位/年级	
	合计		工资/退休金	奖金/绩效等	失业保险金	其他政府补助补贴	其他收入
家庭成员	姓名	与申请人关系	身份证号	月收入(元)	工作单位/学校	职务/岗位/年级	
	合计		医疗支出	子女上学支出	重大意外伤害支出	残疾支出	其他特殊原因造成的支出
	合计		工资/退休金	奖金/绩效等	失业保险金	其他政府补助补贴	其他收入
	合计		医疗支出	子女上学支出	重大意外伤害支出	残疾支出	其他特殊原因造成的支出
家庭收入(申请之日前6个月总收入)		合计		工资/退休金	奖金/绩效等	失业保险金	其他政府补助补贴 其他收入
家庭支出(申请之日前6个月刚性总支出)		合计		医疗支出	子女上学支出	重大意外伤害支出	残疾支出 其他特殊原因造成的支出
残疾证号							
困难情况说明						本人承诺以上信息全部属实, 愿意承担一切后果。 申请人:           年 月 日	
基层工会初审情况		____年__月__日, 经走访核实, 该职工为我单位在职职工, 申请信息及材料属实, 同意向上级工会申报。单位联系人: _____, 联系电话: _____。  工会主席(签字): 职工所在基层工会(公章):           年 月 日					
乡镇(街道、系统)复核情况		经复核, 了解到申请人 <input type="checkbox"/> 有/ <input type="checkbox"/> 无 不宜申请一般性慰问的情况, 复核 <input type="checkbox"/> 同意/ <input type="checkbox"/> 不同意 申报。  负责人(签字): 镇(街道、系统)工会盖章(公章):           年 月 日					
县级(含)以上工会审批情况		经研究, <input type="checkbox"/> 同意/ <input type="checkbox"/> 不同意该职工对象纳入一般性慰问对象并予以慰问。  审核部门负责人(签字): 审批单位: (公章)                           年 月 日					

附件 2

## 泉州市在职困难残疾职工汇总表

报送单位(盖章):			联系人:			联系电话:			填报时间: 年 月 日		
序号	职工姓名	性别	身份证号	工作单位	困难(残疾)情况	联系电话	开户银行及网点	银行账户	单位工会负责人及电话		