附件1：

中交集团暨中国交建在京单位

职工救助基金申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号 |  | 社保卡号 |  |
| 所在单位 |  | 入职时间 |  |
| 银行账号 |  | 开户行 |  |
| 手机号 |  | 救助类别 |  |
| 情况说明及承诺 | 本人承诺，以上情况属实，如有隐瞒或情况不实，本人愿承担相应的法律责任。承诺人签字： |
| 所在单位核实情况及意见 | 工会主席签名：（盖工会章）年 月 日 |
| 二级单位工会意见 | 工会主席签名：（盖工会章） 年 月 日 |
| 中交集团救助基金管理委员会意见 | 主任签名：（盖工会章） 年 月 日 |

救助类别：1.医疗救助,2.助学救助，3.直系亲属重疾困难救助,4.自然灾害困难救助，5.其他救助。