附件1

广东工会帮扶救助新冠疫情防控一线医护人员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | | 所在单位 | | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | 申请人手机 | |  |
| 基层工会  联系人姓名 | |  | | 联系电话和手机 | | | |  | | |
| 申请人  工作岗位 | | □医生 □护士 □疾控单位工作人员 □其他： | | | | | | | | |
| 基层工会  银行账号 | |  | | | | | | | 开户行  全称 |  |
| **患病直系亲属** | 姓 名 | | 关 系 | 性别 | | 身份证号码 | | | | 所在单位（学校） |
|  | |  |  | |  | | | |  |
|  | |  |  | |  | | | |  |
|  | |  |  | |  | | | |  |
|  | |  |  | |  | | | |  |
| 申请人及其家庭其他困难情况： | | | | | | | | | | |
| 企基层  工会 | 审核意见：  经审核，我单位申请人  在新冠疫情防控工作中因公感染新冠肺炎，其直系家属 人（如无，请填写“0”）感染新冠肺炎。请予以帮扶救助为盼。  主席签名：  年 月 日  (盖章) | | | | | | 市总  （省直工会、 省教育工会） | 审核意见：    主席签名：  年 月 日  (盖章) | | |

**注：此表可于省总工会网站下载（www.gdftu.org.cn）**