附件2

 长春光机所困难职工登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 所在部门 |  | 职称 |  | 本人月收入（实际到手工资） |  |
| 家庭人口 |  | 编制 |  | 家庭月收入（实际到手工资） |  |
| 联系电话 |  |
| 困难原因 |  |
| □低收入 | □本人患病 | □爱人子女患病 | □重大意外灾害 | □单亲妈妈 |

其他家庭成员情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 年 龄 | 关 系 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 情况核实 | 分会主席签字： 党支部书记签字：  年 月 日  |