

# 江门市总工会办公室

## 关于开展2025年江门市困难职工 调查摸底工作的通知

各县（市、区）总工会，市教育工会，市直各工委会、工联会、各基层工会：

为认真做好维护职工合法权益，履行竭诚服务职工群众的基本职责，准确掌握江门市困难职工情况，及时、精准开展困难职工帮扶，根据《江门市困难职工家庭认定和档案管理办法》（江工办〔2024〕37号），决定在全市范围内开展2025年困难职工调查摸底工作。现将有关事项通知如下：

### 一、调查对象

符合《江门市困难职工家庭认定和档案管理办法》条件及有其他困难情况且需要救助的困难职工。具体分为深度困难职工、相对困难职工、意外致困职工。

### 二、申报要求

（一）申请方式：困难职工本人向所在单位工会或上一级工会提出书面申请，如实填写《困难职工档案表》，提交有关证明、材料。

(二) 入户调查：各基层工会安排工作人员进行入户调查，填写《困难职工入户调查记录表》，全面了解困难职工家庭的实际情况。

(三) 评议公示：入户调查后，单位工会将组织对困难职工的真实性、合规性进行民主评议，评议结果在单位宣传栏等显著位置张贴公示并拍照，公示时间不少于5个工作日。

#### (四) 报送资料：

根据实际情况报送以下资料，包括：

- 1.《困难职工档案表》；
- 2.困难职工本人身份证复印件（正、反面）；
- 3.银行卡复印件；
- 4.户口簿复印件（本人、家庭成员）；
- 5.单位开具的收入证明（本人、家庭成员）；
- 6.《困难职工入户调查记录表》；
- 7.入户及公示图片；
- 8.持有民政局低保证、低收入家庭证的，附复印件；
- 9.属于残疾的，附残疾证复印件；
- 10.本人或家庭成员患病的,需提交诊断证明或出院记录、特定病种门诊专用证（俗称“绿卡”）复印件、因病住院（含门诊慢性病）医药费发票等，基层工会整理《医疗发票汇总表》；
- 11.属于复员、转业、退伍的须附上退伍或复员军人证件复印件；

12.申请助学帮扶的，需附在校就读证明及学费、住宿费、必要长途路费支出凭证；

13.租房合同及租金支出凭证；

14.如需就业帮扶，填报《江门市“一对一”就业帮扶服务登记表》；

15.《申请江门市困难职工帮扶授权书》。

#### （五）申报时间：

1.市直困难职工申报资料请于2025年3月31日前报送至江门市总工会困难职工帮扶中心（白石大道126号江门市工人文化宫一楼108室）；

2.各县（市、区）总工会管理的困难职工调查摸底时间由各市、区自行安排，于4月15日前汇总报送《困难职工情况一览表》交江门市困难职工帮扶中心。

### 三、工作要求

（一）加强组织领导：各级工会要高度重视，明确专人负责，确保调查摸底工作顺利进行。各县（市、区）总工会、各基层工会要通过多种渠道广泛宣传，使广大职工了解调查摸底工作的目的、意义和申报条件。

（二）严格审核把关：各级工会要本着实事求是的原则，严格按照《江门市困难职工家庭认定和档案管理办法》的标准和程序进行审核，确保困难职工的档案不虚假、不重复、不交叉、不漏报。本次调查包含以往曾经申请且现时仍有申请需求的困难职

工。

(三) 确保信息安全：要妥善保管困难职工的个人信息和资料，防止信息泄露。

(四) 实行动态管理：职工实际情况有变动的，如有新增、离职、离世等情况，各基层工会要及时上报，做到有进有出，动态管理。

联系人：余嘉丽 联系电话：3276297

- 附件：1.困难职工档案表（2025 年）  
2.2025 年困难职工入户调查记录表  
3.收入证明样版一（附件 3、4 两种格式，二选一）  
4.收入证明样版二（附件 3、4 两种格式，二选一）  
5.困难职工公示书  
6.在校证明  
7.医疗发票汇总表  
8.江门市“一对一”就业帮扶服务登记表  
9.申请困难职工帮扶申请授权书



困难职工档案表（2025年）

编号				困难类别	<input type="checkbox"/> 深度困难职工 <input type="checkbox"/> 相对困难职工 <input type="checkbox"/> 意外致困职工			户口类型	<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业	(此处贴相片)
姓名	性别	身份证号	年龄	政治面貌	民族					
工作单位	家庭住址		户口所在地行政区域(户口所属镇或街道)							
婚姻状况	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 离异 <input type="checkbox"/> 丧偶	是否单亲	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	联系人及电话号码	学历	参加工作时间	年 月			
单位性质	<input type="checkbox"/> 机关、事业单位 <input type="checkbox"/> 国企 <input type="checkbox"/> 非公企业 <input type="checkbox"/> 合资企业 <input type="checkbox"/> 其他		所属行业	企业状况	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 亏损 <input type="checkbox"/> 改制 <input type="checkbox"/> 关闭破产 <input type="checkbox"/> 其他		工作状态	<input type="checkbox"/> 在岗 <input type="checkbox"/> 下(待)岗 <input type="checkbox"/> 失(无)业 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 离休 <input type="checkbox"/> 病退 <input type="checkbox"/> 病休 <input type="checkbox"/> 内退 <input type="checkbox"/> 其他		
健康状况	残疾类别	劳模类别	住房类型	建筑面积	是否复员、转业、退伍军人		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
参加医保情况	<input type="checkbox"/> 无参加医保    参加： <input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 其他			本人月平均收入(扣除五险一金、税费)		家庭其他非薪资年收入(元)				
家庭年度刚性支出情况	年度内因病住院(含门诊慢性病)个人支付医疗费用:		年度内因学费用—学费:	年度内因学费用—住宿费:	年度内因学费用—必要长途路费:	年度内租房费用:(租住人均住房面积以内的费用)	其他费用			
家庭人口	人	家庭就业人口	人	银行卡开户人姓名	银行卡开户银行	银行卡账号				
家庭主要成员	姓名	关系(是申请人的)	性别	身份证号	健康状况	医保状况	月收入	工作单位	子女就读学校、专业	就读年级
具体困难情况说明										
本人承诺上述个人及家庭信息真实、准确、有效，并愿意承担法律责任。						困难职工签名(手签):	填表日期:2025年 月 日			
困难职工所属工会主席姓名	工会主席手机号码		固定电话		单位是否入户调查	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	困难职工情况单位是否张贴公示			
困难职工所属工会联系人姓名	职务	手机号码	固定电话		电子邮箱					
单位帮扶措施										
单位工会意见	(盖章)			产业工会或工委会意见	(盖章)			总工会(帮扶中心)审核意见	(盖章)	
	年 月 日				年 月 日				年 月 日	
备注	请根据实际情况附以下资料: 1. 困难职工身份证复印件(正、反面); 2. 银行卡复印件; 3. 收入证明(本人、家庭成员); 4. 户口簿(本人、家庭成员); 5. 持有民政局低保证、低收入家庭证的, 附复印件; 6. 属于残疾的, 附残疾证复印件; 7. 本人或家庭成员患病的, 需提交诊断证明或出院记录、特定病种门诊专用证(俗称“绿卡”)复印件、因病住院(含门诊慢性病)医药费发票、发票汇总表等; 8. 属于复员、转业、退伍的须附上退伍或复员军人证件复印件; 9. 申请助学帮扶的, 需附在校就读证明及学费、住宿费、必要长途路费支出凭证; 10. 租房合同及租金支出凭证; 11. 申请困难职工帮扶授权书; 12. 入户调查相片; 13. 宣传栏公示相片。									
江门市总工会困难职工帮扶中心				联系电话:	3276297	3276288	电子邮箱: szgbzhzhjmdbc@jiangmen.gov.cn			

## 附件1：《困难职工档案表》填表说明：

1. **编号、困难类别：不用填写**
2. 身份证号：必须是18位。
3. 政治面貌：请填写“中共党员”、“共青团员”、“群众”、“民主党派”或“其他”。
4. 学历：请填写“小学”、“初中”、“高中/技校”、“中专”、“大专”、“大学本科”、“硕士研究生”或“博士研究生”。
5. 参加工作时间：请填写哪年哪月开始参加工作
6. 所属行业：请填写“所属行业”对应的“二级细分”中的内容。

所属行业	二级细分
农、林、牧、渔业	“农业”、“林业”、“畜牧业”、“渔业”、“农、林、牧、渔服务业”
采矿业	“煤炭开采和洗选业”、“石油和天然气开采业”、“黑色金属矿采选业”、“有色金属矿采选业”、“非金属矿采选业”、“开采辅助活动”、“其他采矿业”
制造业	“农副食品加工业”、“食品制造业”、“酒、饮料和精制茶制造业”、“烟草制品业”、“纺织业”、“纺织服装、服饰业”、“皮革、毛皮、羽毛及其制品和制鞋业”、“木材加工和木、竹、藤、棕、草制品业”、“家具制造业”、“造纸和纸制品业”、“印刷和记录媒介复制业”、“文教、工美、体育和娱乐用品制造业”、“石油加工、炼焦和核燃料加工业”、“化学原料和化学制品制造业”、“医药制造业”、“化学纤维制造业”、“橡胶和塑料制品业”、“非金属矿物制品业”、“黑色金属冶炼和压延加工业”、“有色金属冶炼和压延加工业”、“金属制品业”、“通用设备制造业”、“专用设备制造业”、“汽车制造业”、“铁路、船舶、航空航天和其他运输设备制造业”、“电气机械和器材制造业”、“计算机、通信和其他电子设备制造业”、“仪器仪表制造业”、“其他制造业”、“废弃资源综合利用业”、“金属制品、机械和设备修理业”
电力、热力、燃气及水生产和供应业	“电力、热力生产和供应业”、“燃气生产和供应业”、“水的生产和供应业”
建筑业	“房屋建筑业”、“土木工程建筑业”、“建筑安装业”、“建筑装饰和其他建筑业”
批发和零售业	“批发业”、“零售业”
交通运输、仓储和邮政业	“铁路运输业”、“道路运输业”、“水上运输业”、“航空运输业”、“管道运输业”、“装卸搬运和运输代理业”、“仓储业”、“邮政业”
住宿和餐饮业	“住宿业”、“餐饮业”
信息传输、软件和信息技术服务业	“电信、广播电视和卫星传输服务”、“互联网和相关服务”、“软件和信息技术服务业”
金融业	“货币金融服务”、“资本市场服务”、“保险业”、“其他金融业”
房地产业	“房地产业”
租赁和商务服务业	“租赁业”、“商务服务业”
科学研究和技术服务业	“研究和试验发展”、“专业技术服务业”、“科技推广和应用服务业”
水利、环境和公共设施管理业	“水利管理业”、“生态保护和环境治理业”、“公共设施管理业”
居民服务、修理和其他服务业	“居民服务业”、“机动车、电子产品和日用产品修理业”、“其他服务业”
教育	“教育”
卫生和社会工作	“卫生”、“社会工作”
文化、体育和娱乐业	“新闻和出版业”、“广播、电视、电影和影视录音制作业”、“文化艺术业”、“体育”、“娱乐业”
公共管理、社会保障和社会组织	“中国共产党机关”、“国家机构”、“人民政协、民主党派”、“社会保障”、“群众团体、社会团体和其他成员组织”、“基层群众自治组织”
国际组织	“国际组织”

7. 健康状况：请填写“良好”、“恶性肿瘤”、“心血管病”、“脑血管病”、“终末期肾病”、“精神病”、“肝病”、“血液病”、“糖尿病”、“肿瘤病”、“腰颈椎病”、“高血压病”、“肺病”、“一般疾病”、“深度昏迷”、“永久瘫痪”、“严重阿尔茨海默病”、“严重帕金森病”或“严重运动神经元病”。
8. 残疾类别：请填写“残疾类别”对应的“二级细分”中的内容。

残疾类别	二级细分
视力残疾	“视力残疾一级（极重度）”、“视力残疾二级（重度）”、“视力残疾三级（中度）”、“视力残疾四级（轻度）”
听力残疾	“听力残疾一级（极重度）”、“听力残疾二级（重度）”、“听力残疾三级（中度）”、“听力残疾四级（轻度）”
言语残疾	“言语残疾一级（极重度）”、“言语残疾二级（重度）”、“言语残疾三级（中度）”、“言语残疾四级（轻度）”
智力残疾	“智力残疾一级（极重度）”、“智力残疾二级（重度）”、“智力残疾三级（中度）”、“智力残疾四级（轻度）”
肢体残疾	“肢体残疾一级（极重度）”、“肢体残疾二级（重度）”、“肢体残疾三级（中度）”、“肢体残疾四级（轻度）”
精神残疾	“精神残疾一级（极重度）”、“精神残疾二级（重度）”、“精神残疾三级（中度）”、“精神残疾四级（轻度）”
多重残疾	“多重残疾一级（极重度）”、“多重残疾二级（重度）”、“多重残疾三级（中度）”、“多重残疾四级（轻度）”

9. 劳模类别：请填写“非劳模”、“全国劳模”、“省部级劳模”、“地市级劳模”、或“其他”。
10. 住房类型：请填写“自建房”、“商品房”、“经济适用房”、“两限房”、“回迁房”、“承租单位公房”、“政府廉租房”、“租房”或“亲戚朋友住房”或“其他”。
11. 本人月平均收入：是指职工近12个月工资性收入的平均值，以工资条、工资存折（卡）或单位开具的收入（扣除五险一金和税费）等收入证明为依据确认。

#### 家庭主要成员信息填表说明：

12. 家庭主要成员是指与职工常年共同生活的家庭成员，包括（1）配偶；（2）父母和未成年子女；（3）已成年但未独立生活的子女，包括在校接受本科及以下学历教育的成年子女；（4）其他具有法定赡养、扶养、抚养关系且常年共同生活的人员。家庭总人口结合户口簿、共同生活情况、供养关系等进行确认。实际共同生活而户口分离的家庭成员，由基层工会2人或2人以上入户调查确认后，可列入家庭总人口。
13. 家庭成员关系中，关系请填写“丈夫”、“妻子”、“儿子”、“女儿”、“父亲”、“母亲”、“公公”、“婆婆”、“岳父”、“岳母”、“祖父母”、“外祖父母”、“孙子女”、“外孙子女”、“兄弟”、“姐妹”、“儿媳”、“女婿”、“其他”。
14. 健康状况：请填写“良好”、“残疾”、“恶性肿瘤”、“心血管病”、“脑血管病”、“终末期肾病”、“精神病”、“肝病”、“血液病”、“糖尿病”、“肿瘤病”、“腰颈椎病”、“高血压病”、“肺病”、“一般疾病”、“深度昏迷”、“永久瘫痪”、“严重阿尔茨海默病”、“严重帕金森病”或“严重运动神经元病”。
15. 医保状况：请填写“无医保”、“城镇职工医保”、“城镇（乡）居民医保”、或“其他”。
16. 子女就读学校、专业：请填写学校名称，中专、大专、大学请填写专业。
17. 就读年级：请填写如小学五年级、初三、高三、大学四年级等。
18. “困难职工签名”必须是手签，不能打印。

## 2025 年困难职工入户调查记录表

困难职工姓名	性别	联系电话	
家庭居住情况	1. 入户调查地址： 2. 本人及家庭成员名下是否有两套以上（含两套）商品房？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 家庭住房面积及类型：_____平方米 <input type="checkbox"/> 单位宿舍 <input type="checkbox"/> 廉租房 <input type="checkbox"/> 公租房 <input type="checkbox"/> 自建 <input type="checkbox"/> 租赁房 <input type="checkbox"/> 自购商品房 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 农村自有住宅 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 4. 住房装修情况： <input type="checkbox"/> 简陋 <input type="checkbox"/> 简装 <input type="checkbox"/> 精装 <input type="checkbox"/> 豪华		
家庭情况	1. 常年共同生活的家庭人口总数（包括本人）为：_____人，包括： <input type="checkbox"/> 配偶； <input type="checkbox"/> 子女：__人； <input type="checkbox"/> 父母：__人； <input type="checkbox"/> 其他：_____ 2. 本人及共同生活家庭成员拥有汽车数量：__台，购置时间： 3. 本人及共同生活家庭成员是否办理过工商注册登记： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如有办理，登记企业名称：_____ 登记时间：_____		
目前家庭困难情况 (多选)	<input type="checkbox"/> 1. 本人大病； <input type="checkbox"/> 2. 供养直系亲属大病； <input type="checkbox"/> 3. 本人残疾； <input type="checkbox"/> 4. 家属残疾； <input type="checkbox"/> 5. 本人下岗失业； <input type="checkbox"/> 6. 家属下岗失业； <input type="checkbox"/> 7. 收入低； <input type="checkbox"/> 8. 遭受自然灾害； <input type="checkbox"/> 9. 遭受重大事故； <input type="checkbox"/> 10. 子女上学负担重； <input type="checkbox"/> 11. 抚养子女负担重； <input type="checkbox"/> 12. 赡养老人负担重； <input type="checkbox"/> 13. 其他：_____		
困难职工本人或家庭成员希望得到的技能培训	<input type="checkbox"/> 仓库管理员 <input type="checkbox"/> 汽车维修工 <input type="checkbox"/> 养老护理员 <input type="checkbox"/> 妇婴护理员 <input type="checkbox"/> 保育员 <input type="checkbox"/> 家政服务员 <input type="checkbox"/> 电工 <input type="checkbox"/> 西式面点师 <input type="checkbox"/> 美容师 <input type="checkbox"/> 化妆师 <input type="checkbox"/> 按摩师 <input type="checkbox"/> 办公文秘 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
女性家庭成员是否需要“两癌筛查”服务	江门市各市区当地户籍，35—64 岁女性家庭成员，且自 2022 年至今没有参加过总工会组织的免费两癌检查，可自愿参加免费“两癌筛查”，请选择： <input type="checkbox"/> 不愿意参加 <input type="checkbox"/> 愿意参加，姓名：_____ 手机：_____ 免费“两癌筛查”检查项目包括：白带检查、宫颈 HPV 高危分型检测、乳腺 B 超检查等，已婚做宫颈筛查和乳腺筛查，未婚就只做乳腺检查。		
调查员签名	调查员 1 签名：_____ 联系电话：_____ 调查员 2 签名：_____ 联系电话：_____ 入户调查时间：2025 年 _____ 月 _____ 日		
困难职工签名	本人承诺提供的个人及家庭信息真实、准确、有效，并愿意承担法律责任。 困难职工签名：_____ 2025 年 _____ 月 _____ 日		

备注：调查人员入户调查时请拍摄家庭现场照及与困难职工本人合影的相片，连此表格一起作为附件提交总工会审核。

附件 3

# 收入证明

2024 年 月份工资发放明细表										近 12 个月 实发月平 均收入	近 12 个月 年度实发收 入总额
姓名	基本工资	绩效工资	加班工资	应发工 资合计 ①	代扣项目			本月扣 除小计 ②	实发金额③ =①-②		
					会员费	住房公积金	社保				

单位名称（盖章）

日期：2025 年 月 日

备注：近 12 个月实发月平均收入是指近 12 个月所有收入的平均值（扣除五险一金和和税费），包括工资、奖金、劳动分红、津贴、补贴等。

## 收 入 证 明

兹有 \_\_\_\_\_（身份证号码：\_\_\_\_\_）是我单位员工，现任 \_\_\_\_\_ 部门 \_\_\_\_\_ 岗位，与公司签订 \_\_\_\_\_ 年劳动合同，近一年月平均收入为人民币 \_\_\_\_\_ 元。特此证明。

本单位声明上述事项真实可信。本单位不因出具此证明而承担相应还款责任。

单位名称（盖章）：

2025 年 月 日

备注：月平均收入是指近 12 个月所有收入的平均值（扣除五险一金和税费），包括工资、奖金、劳动分红、津贴、补贴等。

附件 5

## 困 难 职 工 公 示 书

根据江门市总工会《关于开展 2025 年江门市困难职工调查摸底工作的通知》有关规定，经我单位工会入户调查摸底，本单位职工 \_\_\_\_\_、\_\_\_\_\_ 符合困难职工的各项条件，拟上报市总工会，为此予以公示。

公示时间：2025 年\_\_月\_\_日至 2025 年\_\_月\_\_日。

对此如有异议，请在 5 个工作日公示期内向单位工会反映。

联系电话：

联系人：

( 单位盖章 )

2025 年\_\_月\_\_日

## 在校证明

兹有我校学生\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_，身份证号码  
\_\_\_\_\_，于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月入学，系我  
校（小学，初中，高中，中专/中职，大专，  
本科）在校\_\_\_\_\_年级学生，学制\_\_\_\_\_年，专  
业\_\_\_\_\_，具有我校正式学籍。

特此证明。

校方联系人：\_\_\_\_\_

联系人电话：\_\_\_\_\_

学校名称：\_\_\_\_\_

（盖章）

年 月 日

备注：

每年学费（上、下学期）\_\_\_\_\_元、住宿费\_\_\_\_\_元

注：小学、初中、高中学生无需填写专业

## 附件7

## 医疗发票汇总表

困难职工姓名：

工作单位：

单位：元

序号	医疗发票日期	发票总金额	个人支付金额	职工互助保障 金领取金额	扣减互助金后实际 个人支付金额
1					0.00
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
合 计		0.00	0.00	0.00	0.00

基层工会填报人：

填报日期：

## 备注：

此表格仅统计**因病住院及慢性病门诊**的医药发票，收集的发票时间是近12个月的，请按时间顺序进行汇总填报，2024年已建档帮扶的困难职工提交过的医疗发票今年不能重复提交。

**表格行数不够可顺延。**



## 江门市“一对一”就业帮扶服务登记表

表中\*号栏目为必填项目，本表登记信息有效期为3个月，如有更新请及时与属地就业服务机构联系。

扫一扫进入求职微时代

*姓名		*身份证号码		照片
*性别		*年龄	*民族	
婚姻状况		身高	视力	
*户籍地址				
*户口性质	本地非农业户口、外地非农业户口、本地农业户口、外地农业户口 台港澳人员、外籍人士、家庭户口、农村集体户口、非农村集体户口 其他户口			
*最高文化程度	1. 小学 <input type="checkbox"/> 2. 初中 <input type="checkbox"/> 3. 高中 <input type="checkbox"/> 4. 中专（中职、中技、职业高中） <input type="checkbox"/> 5. 大专（高职） <input type="checkbox"/> 8. 本科 <input type="checkbox"/> 9. 研究生 <input type="checkbox"/> ；（文化程度为4或以上的，需填写毕业学校和所学专业）			
*毕业学校		*所学专业		
*联系地址		*手机号码		
联系电话		电子邮箱		
*专业技术或职业技能等级		培训意向	1. 技能培训 <input type="checkbox"/> （具体工种：_____） 2. 创业培训 <input type="checkbox"/> 3. 其他 _____	
*求职意向	1、_____ 2、_____（工种）	*薪金要求	_____（元）以上	
*工作地点要求	1. 蓬江区 <input type="checkbox"/> 2. 江海区 <input type="checkbox"/> 3. 新会区 <input type="checkbox"/> 4. 台山市 <input type="checkbox"/> 5. 开平市 <input type="checkbox"/> 6. 鹤山市 <input type="checkbox"/> 7. 恩平市 <input type="checkbox"/> （可多选）	食宿要求	1. 包食宿 <input type="checkbox"/> 2. 包食 <input type="checkbox"/> 3. 包住 <input type="checkbox"/> 4. 包中餐 <input type="checkbox"/> 5. 食宿收费 <input type="checkbox"/> 6. 食宿自理 <input type="checkbox"/>	
每月休息天数		日工作时间要求（小时）		其他要求
*人员类别	1、离校未就业高校毕业生 <input type="checkbox"/> 2、申领失业保险待遇人员 <input type="checkbox"/> 3、其他失业人员 <input type="checkbox"/> 4、就业困难 <input type="checkbox"/> （包括：A“双困”高校毕业生 <input type="checkbox"/> B. 城镇“4050”失业人员 <input type="checkbox"/> C. 残疾人员 <input type="checkbox"/> D. 低保人员 <input type="checkbox"/> E. 零就业家庭人员 <input type="checkbox"/> F. 零转移贫困家庭人员 <input type="checkbox"/> G. 全征地农民农村贫困户 <input type="checkbox"/> H. 连续失业一年 <input type="checkbox"/> ）			
自我推荐（技能特长）				
<b>主要教育、培训经历</b>				
起止时间	单位/机构名称	经历描述		
<b>主要工作经历（含实习、见习）</b>				
起止时间	单位/机构名称	曾工作职位		

## 申请困难职工帮扶授权书

本人郑重承诺，已阅读并完全了解《江门市困难职工家庭认定和档案管理办法》及相关规定，所提供的全部材料、信息真实、准确、有效，并自愿承担全部的法律风险。

本人及共同生活的其他家庭成员同意授权、委托江门市总工会或其辖属总工会对本家庭成员（含法定赡、抚、扶养关系成员）的收入、家庭财产、银行存款余额等情况的相关信息进行了核对，包括但不限于入户调查和到公安、人力资源社会保障、住房城乡建设、交通、自然资源、银行等部门、机构进行核查和信息比对。

承诺及授权人	身份证号码	签字（按捺指纹）

基层工会经办人负责核实承诺及授权人填写信息的真实性，确保无误。

基层工会经办人员签字： \_\_\_\_\_ 年 月 日

注：有民事行为能力的家庭成员应当由本人签字并按捺指纹，无民事行为能力的家庭成员应当由监护人签字并按捺指纹，无书写能力的家庭成员应当采取按捺指纹的方式。