

中共百色市委员会老干部局

关于做好 2024 年百色市特殊困难离休干部 帮扶工作有关事项的通知

市直各有关单位老干部工作部门：

根据《关于印发百色市特殊困难离休干部帮扶资金管理使用办法的通知》（百老通字〔2021〕3号）精神，为了做好2024年特殊困难离休干部帮扶工作，现将有关事项具体通知如下：

一、申报条件

市直单位有特殊困难的离休干部及离休干部遗偶，符合《百色市特殊困难离休干部帮扶资金管理使用办法》中帮扶对象条件的，可申报帮扶资金。

二、申报时间

特殊困难离休干部帮扶资金在2024年7月集中申报，原则上一年申报一次，各申报单位请于7月10日前将本年度的申报材料报市委老干部局，逾期视为自动放弃。

三、申报材料要求

各申报单位要对照帮扶对象条件，填写《百色市特殊困难离休干部帮扶资金申请表》（附件1）或《百色市特殊困难离休干部遗偶帮扶资金申请表》（附件2），经过离休干部管理单位

和主管部门审签盖章，并附上相关证明材料呈报，具体要求如下：

（一）符合因“长期患重病或生活不能自理，且子女无赡养能力造成生活困难的离休干部”，需由离休干部管理单位出具公立医院的离休干部疾病证明材料、生活完全不能自理及子女无赡养能力证明。

（二）符合因“住院治疗自费承担数额在1万元以上，造成生活困难的离休干部”，需提供申报年度期间公立医院出具的离休干部住院自费治疗费清单、发票复印件，根据病情需要到药店购买的自费药品清单、医院处方及发票。

（三）符合因“本人或家庭突发重大意外，造成生活困难的离休干部”，需由离休干部管理单位根据实际调查情况出具相关证明。

（四）符合因“因供养与其长期共同生活的、丧失劳动能力又无经济来源的配偶或子女，造成生活特殊困难的离休干部”，需由离休干部管理单位出具离休干部配偶或子女无经济来源收入证明和相关部门鉴定的丧失劳动能力证明。

（五）符合“空巢、孤寡、失能的生活困难离休干部和离休干部遗偶”，需由离休干部管理单位出具生活困难证明，已故离休干部管理单位出具离休干部遗偶无经济来源和家庭情况说明。

（六）符合“无固定经济来源和医疗保障、患有严重疾病、子女无赡养能力导致生活困难的离休干部遗偶”，需由已

故离休干部管理单位出具无经济来源、无医疗保障证明和家庭情况说明。

（七）符合其他原因造成生活困难的离休干部和离休干部遗偶，需提供相关情况书面材料。

四、其他事项

（一）请各单位及时将本通知精神传达到每个有特殊困难的离休干部及离休干部遗偶，引导符合条件的对象积极申报，并严格把关，做好跟踪服务和指导申报工作。

（二）离休干部管理单位要将申报对象基本情况在一定范围内公示5个工作日，公示后将公示情况说明与申报材料一起报送。

联系人及联系电话：百色市委老干部局党建服务指导科梁秋菊，0776-2839962，18278610330。电子邮箱：djfwk962@163.com，地址：百色市中山二路（电信大楼对面）市老年大学办公楼12楼1210室，邮编：533099。

- 附件：1. 百色市特殊困难离休干部帮扶资金申请表
2. 百色市特殊困难离休干部遗偶帮扶资金申请表
3. 关于印发百色市特殊困难离休干部帮扶资金管理使用办法的通知（百老通字〔2021〕3号）

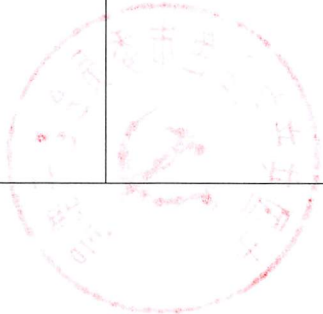
中共百色市委老干部局

2024年6月26日

附件 1

百色市特殊困难离休干部帮扶资金申请表

申请人情况	姓 名		性 别		参加革命 工作时间	
	离休前工作 单位及职务				现管理单位	
	家庭住址				离休干部 联系电话	
	个人年总收入				特殊困难情况	
	每月护理费 开支					
特殊困难原因						



<p>申报单位意见</p>	<p>负责人签字： 年 月 日（盖章）</p>
<p>主管部门意见</p>	<p>负责人签字： 年 月 日（盖章）</p>
<p>百色市委老干部局审核意见</p>	<p>负责人签字： 年 月 日（盖章）</p>

申报单位： 经办人： 联系电话：

申请人银行户名： 银行账号：

开户行：

备注：1. 此表填写一式三份，百色市委老干部局、申报单位、申请人各存一份。

2. “特殊困难情况”栏填写《百色市特殊困难离休干部帮扶资金管理使用办法》第四条里对应的（一）、（二）、（三）、（四）、（五）、（七）其中一项或几项的序号。

附件 2

百色市特殊困难离休干部遗偶帮扶资金申请表

申请人情况	离休干部遗偶情况	姓 名		性 别	
		出生年月		联系电话	
		子女人数		特殊困难情况	
		个人年总收入			
	已故离休干部情况	姓名		逝世时间	
		工作单位 原职务			
特殊困难原因					

<p>申报单位意见</p>	<p>负责人签字: _____ 年 月 日 (盖章)</p>
<p>主管部门意见</p>	<p>负责人签字: _____ 年 月 日 (盖章)</p>
<p>百色市委老干部局审核意见</p>	<p>经审核, 同意补助 _____ 元整 (¥ _____ 元)。</p> <p>负责人签字: _____ 年 月 日 (盖章)</p>

申报单位: _____ 经办人: _____ 联系电话: _____
 申请人银行户名: _____ 银行账号: _____
 开户行: _____

- 备注: 1. 此表填写一式三份, 百色市委老干部局、申报单位、申请人各存一份。
2. “特殊困难情况”栏填写《百色市特殊困难离休干部帮扶资金管理使用办法》第四条里对应的(五)、(六)、(七)其中一项或几项的序号。