附件1

**计划生育特别扶助家庭退休补助费发放审批表**

县（市）区 乡镇（街道）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | | | 性 别 | |  | 出生年月 | | | |  | | | | |
| 公民身份证 号 码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 退休证编号或职工社保编码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 原工作单位 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 与企业脱离关系原因 | 破产 |  | 改制 |  | 分流 |  | 撤消 |  | 停产 |  | 关闭 |  | 正常退休 |  |  |  |  |  |
| 何时与企业脱离关系 |  | | | | | 退休时间 |  | | | | 联系电话 |  | | | | | | |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 乡镇（街道）初审意见  年 月 日 （盖章）  负责人（签字）： 审核人(签字)： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 县（市）区卫生健康部门审核意见  年 月 日 （盖章） 负责人（签字）： 审核人(签字)： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：在与企业脱离关系、企业关停情况栏选择时在相应格内划√

附件2

**证 明**

同志是我单位职工，身份证号如下：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

系计划生育特别扶助家庭，于 年 月，因本单位 （破产、转制、撤销、分流、关闭、停产等原因），或个人买断等原因与单位脱离劳动关系，现已退休。

注 明：企业现正常运营的退休人员不在调查范围。

我单位属 （省直、市属、县区属企业），是 所有制（全民、集体）。是否享受过光荣孩退休补助费待遇 （享受、未享受）。享受金额或标准（大写） （正常家庭标准：1、一次性 2000 元；2、每月 10 元；特别扶助家庭标准：每月 15 元；2、一次性补助 3000 元）

其它情况说明：

单位全称（公章）： 主管部门全称（公章）：

注 明：横线上必须填写上文字

经办人： 联系电话：

年 月 日

抄送：市委各部委，市人大常委会办公室，市政协办公室，市武装部，市纪委监委，市法院，市检察院，市各人民团体，各驻开单位，各新闻单位。

开原市人民政府办公室 　 2020年7月27日印发