附件

特困职工情况调查表

单位名称：（盖章）

企业联系人：                联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 年龄 |   | 政治面貌 |   |
| 入职时间 |   | 工作岗位 |   |  户籍 |   |
| 公司地址 |  | 联系电话 |  |
| 本人月收入 |   | 家庭月收入 |   | 人均月收入 |   | 家庭人口 |   |
| **家庭成员基本情况** |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 关系 | 月收入 | 工作单位及电话 | 户籍 |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
| **家庭****困难****情况****介绍** |  |