附件9

南通市困难职工解困脱困联系卡

（基层工会填报）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 困难类别 |  | | 职工姓名 | |  | 性别 |  | | 出生年月 |  |
| 家庭住址 |  | | | | | 联系电话 | | |  | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | |
| 家庭主要  成员 |  | | | | | | | | | |
| 致困原因 |  | | | | | | | | | |
| 帮扶任务  完成时限 | 年 月底前实现解困脱困 | | | | | | | | | |
| 帮扶 责任人 |  | | 职务 |  | | 联系电话 | |  | | |
| 建档时间 |  | | 建档人 |  | | 联系电话 | |  | | |
| **解困脱困 措施选项** | | **1.就业创业发展；2.纳入社保制度覆盖；3.纳入大病保险和医疗互助保险保障；4.社会救助兜底；5.其他（注明）：** | | | | | | | | |
| **解困脱困**  **计划选项、** | | **1.技能培训促就业计划；2.创业援助计划；3.阳光就业计划；4.职工医疗互助计划；5.金秋助学计划；6.一帮一结对计划；7.送温暖精准化计划；8.其他（注明）** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 帮扶单位（盖章） |  | 备 注 |  |