附件1

广东省离岗基层老兽医生活困难补助

申请表

（一式三份）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期小一寸照片 |
| 户籍地 |  | 现居住地地址 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 从事兽医工作简历 | 起止年月 | 原工作单位 | 证明人 |
| 起 | 止 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 本人领取生活困难补助的银行账号 |  | 开户行 |  |
| 申请个人承诺： 本人承诺填写的上述内容完全真实。如有不实，本人将承担因此带来的一切后果。 承诺人签字： 年 月 日 |
| 身份及年限审核意见 |  经审核，该同志在（ ）从事兽医工作（ ）年。 | 乡（镇、街）政府（办事处） 年 月 日 | 县（市、区）农业农村部门 年 月 日 |
| 补助资格审核 | 审核 | 县（市、区）农业农村部门 年 月 日 | 县（市、区）财政部门 年 月 日 | 县（市、区）人力资源和社会保障部门 年 月 日 |
| 复核 | 地级以上市农业农村部门 年 月 日 | 地级以上市财政部门 年 月 日 | 地级以上市人力资源和社会保障部门 年 月 日 |

附件2

离岗基层老兽医统计表

填报单位： 填报人： 联系电话： 填报日期：

 单位：人

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 工作年限 | 离岗基层老兽医人数 | 备注 |
| 1 | 1-9年 |  |  |
| 2 | 10-19年 |  |  |
| 3 | 20-29年 |  |  |
| 4 | 30年以上 |  |  |
|  | 总计 |  |  |

附件3

离岗基层老兽医生活困难补助发放对象

名册表

填制单位（盖章）：增城区农业农村局、财政局、人力资源和社会保障局

填制时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 户籍所在县 | 服务地点 | 出生日期 | 身份证号 | 联系电话 | 学历 | 佐证材料获取时间 | 核准工作年限 | 核准月补助标准 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |