受影响职工个人申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | |  | | 性别 |  | 年龄 | |  |
| 身份证号码 | |  | |  | | | | | 学历 |  | | |
| 家庭地址 | |  | |  | | | | | 手机号码 | |  | |
| 原所在企业 | |  | |  | | | | | | | | |
| 解除劳动  合同时间 | |  | | | |  | | 解除劳动  合同原因 | □合同到期 □主动离职  □企业裁员 □其他 | | | |
| 目前是否就业 | | □是 □否 | | | |  | | 是否符合失业保险金  领取条件 | | | | □是 □否 |
| 是否生活困难 | | □是  □否 | 生活困难类型 | |  | | □城乡低保家庭 □建档立卡贫困户家庭  □特困供养人员 □困难（特困）职工 | | | | | |
|  | 真实性声明 | | | | | | | | | | | |
|  | 本表所填内容不含任何虚假成份，否则，本人愿意承担由此产生的一切责任。  特此声明。  签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
|  | 审核意见 | | | | | | | | | | | |
|  | 经核，符合/不符合受影响职工条件。    人力资源社会保障部门（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | |