

华中科技大学工会委员会

校工会〔2022〕20号

华中科技大学在职教职工 困难补助实施办法

（经2022年6月30日教代会执行委员会审议通过）

第一章 总则

第一条 为进一步落实学校对教职工的关爱，规范学校在职教职工困难补助工作，加强对困难补助经费的管理，帮助教职工解决生活困难，促进学校和谐发展，结合我校实际，特制定本办法。

第二条 本办法所称教职工，包括学校在职在编教职工（含集体所有制职工）、学校发放工资的博士后。

第三条 教职工困难补助经费纳入学校预算管理，年初按预算核拨，年末结余资金收回。

第四条 教职工困难补助遵循公开、公平、公正的原则，做到雪中送炭、精准帮扶、重点帮扶。

第二章 困难补助的管理与监督

第五条 成立校在职教职工困难补助评审小组（以下简称评

审小组），由校工会、人事处、财务处、校医院（含同济职工医院）和总务后勤处的部门负责人组成，校工会主席任组长。

评审小组负责审批定期困难补助申请，评审小组组长负责审批临时困难补助申请。

第六条 评审小组下设办公室，办公室设在校工会。办公室主要负责：

- （一）宣传困难补助政策；
- （二）提交年度困难补助经费预算；
- （三）汇总教职工申请，核算补助经费，提出补助方案；
- （四）组织困难补助评审会；
- （五）管理补助档案，提交补助金发放清单；
- （六）定期公布补助发放情况。

第七条 财务处依据补助金发放清单，发放困难补助金。

第八条 学校教代会生活福利工作委员会对在职教职工困难补助实施情况进行监督。

第三章 困难补助范围和标准

第九条 符合以下条件之一者可申请困难补助：

- （一）教职工本人及家庭成员（配偶、子女）因长期患病、伤残、丧失劳动能力等原因导致家庭生活困难；
- （二）教职工家庭突发变故，导致家庭生活困难；
- （三）教职工本人首次确诊患重大疾病，导致家庭生活困难；
- （四）经二级工会认定教职工确有困难。

第十条 教职工困难补助分为定期困难补助和临时困难补助。

- （一）定期困难补助一般每年评定一次，时间为每年的十二

月，补助金额一般为 1000-8000 元；

(二)临时困难补助主要针对教职工家庭突发重大变故或教职工本人首次确诊患重大疾病，导致家庭生活困难的情形，补助金额一般为 2000-5000 元。

第四章 困难补助的申请、审批与发放

第十一条 定期困难补助的申请、审批与发放程序：

(一)申请：在职教职工本人向所在二级工会提出申请，填写《华中科技大学教职工补助申请表》。(以下简称“申请表”)

(二)初审：各二级工会认真审核申请人的家庭收入及经济状况，保证材料真实完整；二级工会负责人应在申请表上签署审核意见并加盖单位公章，指定专人负责本单位的申报汇总工作。

(三)审定：召开困难补助评审会，会商确定补助方案，根据申请者的具体情况综合考虑后确定补助金额。

(四)公布：校工会将评审小组审定的补助名单及补助金额反馈给二级工会。

(五)发放：校财务处按照审定的补助名单及补助金额，将补助金发放至教职工指定账户。

第十二条 临时困难补助的申请、审批与发放程序：

(一)申请：符合临时困难补助申请条件的教职工本人向所在二级工会提出申请，填写《申请表》；

(二)初审：二级工会负责人认真审核，在申请表上签署审核意见并加盖单位公章后报校工会财务部；

(三)审定：评审小组组长根据申请者的具体情况和二级工会审核意见等进行综合考虑，审批确定补助金额；

(四)发放：校财务处按照审批结果将补助金发放至教职工

指定账户；

（五）备案：临时困难补助发放情况集中报评审小组备案。

第五章 附 则

第十三条 本办法实施的过程中，根据实际情况和需要，可由校工会提出修订方案，经教代会执行委员会会议讨论通过实施。

第十四条 本办法未尽事宜由在职教职工困难补助评审小组讨论决定。

第十五条 本办法自发布之日起实施，由华中科技大学工会委员会负责解释，原《华中科技大学教职工困难补助暂行办法》（校工会[2015]17号）废止。

附件 华中科技大学教职工补助申请表

华中科技大学工会委员会

2022年6月30日

附件

华中科技大学教职工补助申请表

姓 名		性 别		出生年月	
工作单位		人事编号		联系电话	
人员类型	<input type="checkbox"/> 在 职 <input type="checkbox"/> 离退休	申请补助 类型	<input type="checkbox"/> 大病医疗互助 <input type="checkbox"/> 医疗补助 <input type="checkbox"/> 困难补助		
补助发放 银行信息	持卡人姓名		与申请人关系		
	开户银行		银行卡号		
家庭 成员	姓 名	关 系	工 作 单 位		联 系 方 式
申请补助 理由	(如是否患病; 患何种大病; 当年就诊情况; 家庭经济状况等)				
	申请人签名: 年 月 日				
二级工会 审核意见	负责人: 单位盖章: 年 月 日				
审批意见	年 月 日				