附件2：

特殊困难离退休干部帮扶汇总表

单位名称：（盖章） 联系人： 电话： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位 | 姓名 | 出生年月 | 离休 | 退休 | 符合帮扶第几条 | 郑州银行卡号 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |

备注：请在离休干部、退休干部相应栏目内打“√”