

# 杭州市拱墅区人民政府石桥街道办事处文件

石办[2022]11号

## 关于石桥街道社会化管理企业退休人员 困难补助实施办法（试行）的通知

街道各社区：

为进一步推进企业退休人员社会化管理服务工作，切实帮助退休人员解决实际困难，根据《拱墅区社会化管理企业退休人员困难帮扶实施办法》的通知（拱人社发〔2021〕31号）精神，自2022年1月开始拱墅区社会化管理企业退休人员困难帮扶实施办法的救助标准有所调整。根据区企退管理中心的工作要求，为保障新、老政策平稳过渡，合理使用街道企退困难补助资金，特制定本实施办法：

### 一、困难补助的对象

纳入本街道实行社会化管理的企业退休人员（不含支援外地建设回杭定居人员），长期患重大疾病医疗费用（扣除医疗互助救济补助金额后）支出较大造成生活困难的，可纳入本办法规定的困难帮扶范围。

### 二、困难补助资金的来源和管理

困难补助资金根据社会化管理企业退休人员的实际人数，区人力社保局按照每人每年15元标准下拨，由街道公共服务中心管理，建立退管困难补助专项资金，专款专用。

### 三、困难补助的救助标准

1、对患规定病种疾病人员：以一个自然年度内住院及规定病种门诊，符合医保开支范围的自付医疗费为基数（扣除医疗救助资金），自付医疗费在 5000-10000 元（不含）的，补助 500 元；10000 元（含）以上的根据拱人社发〔2021〕31 号文件精神实施。

2、对患非规定病种疾病人员：以一个自然年度内住院，符合医保开支范围的自付医疗费为基数（扣除医疗救助资金），自付医疗费在 5000-10000 元（不含）的，补助 300 元；10000 元（含）以上的根据拱人社发〔2021〕31 号文件精神实施。

### 四、困难补助的程序

1、对符合困难补助条件的企业退休人员，应由本人或其直系亲属向社会化关系所在社区提出困难补助申请，并填写《石桥街道社会化管理企业退休人员困难补助申请表》。

2、社区受理申请后，应对申请人是否符合困难补助条件进行初审汇总后报街道退管服务站审核。

3、街道退管服务站审核后 will 将结果反馈给所在社区，在公示栏进行公示，公示内容包括拟补助的企业退休人员名单和补助金额等，公示期为七天(见附件)。

4、经公示无异议的，由街道退管服务站负责把补助资金发放至本人银行账户。

本办法从 2022 年 8 月 15 日起实施。2022 年 1 月 1 日至  
本办法施行前，企业退休人员符合上述政策困难补助条件的，可参照执行。

附件：1、《石桥街道社会化管理企业退休人员困难补助申请表》

2、《\_\_\_\_年拱墅区\_\_\_\_街道\_\_\_\_社区企业退休人员困难补助公示表》

杭州市拱墅区石桥街道办事处

2022年7月8日



附件 1

石桥街道社会化管理企业退休人员困难补助申请表

申请人基	姓 名		性 别		档案编号	
	身份证号				联系电话	
本 情 况	社会化管理 所在街道					
		社 区				
	实际居住地					
	申请帮扶 原 因					
所在社区意见	<p style="text-align: right;">申请人（委托人）签名：                      年    月    日</p> <p>符合困难补助条件。</p> <p style="text-align: right;">（章）                      年    月    日</p>					
所在街道退管 经办机构意见	<p><input type="checkbox"/>规定病种人员 一个自然年度内住院及规定病种门诊，符合医保开支范围的自付医疗费（扣除医疗救助资金）¥：</p> <p><input type="checkbox"/>非规定病种人员 一个自然年度内住院，符合医保开支范围的自付医疗费（扣除医疗救助资金）¥：</p> <p>拟补助金额：人民币    仟    佰元整。¥：</p> <p style="text-align: right;">（章）                      年    月    日</p>					

注：1、此表“一式二份”，街道退管经办机构和社区各执一份。

2、中华人民共和国成立前参加革命工作的老工人、退役的六级及以上残疾军人、市级及以上高层次人才、市级及以上劳动模范，以及参照享受劳动模范医疗待遇等人员，不重复享受。（医保未缴满 20 年未享受退休医保待遇的也不享受）。

附件 2

\_\_\_\_年拱墅区\_\_\_\_街道\_\_\_\_社区  
企业退休人员困难补助公示表

因符合拱墅区石桥街道企业退休人员困难补助条件，现将拟补助的人员名单进行公示。公示期七天，接受社会监督，如有异议，请来电反映，我们将认真核查，如无异议，将在公示期结束后向公示对象发放困难补助。（联系电话\_\_\_\_，联系人\_\_\_\_\_）

年 月 日

序号	姓名	性别	补助原因	拟补助金额