附件4: 编 号：

威 县

原“赤脚医生”身份和服务年限

申

 报

认

定

材

料

姓 名:

乡镇卫生院名称（盖章）：

卷 内 目 录

1、威县原“赤脚医生”养老补助申请书

2、威县原“赤脚医生”身份和服务年限认定工作承诺书

3、申请人身份证复印件、户口薄复印件

4、申请人原始物证复印件

5、威县原“赤脚医生”工作年限证明（村委会）

6、威县原“赤脚医生”工作年限证明（现任村支书）

7、威县原“赤脚医生”工作年限证明（时任村支书或村委会主任或其他村委成员）

8、威县原“赤脚医生”工作年限证明（时任卫生院长或副院长或科主任）

9、威县原“赤脚医生”工作年限证明（时任卫生院在编医生）

10、威县原“赤脚医生”工作年限证明（时任卫生院医生已退休）

11、威县原“赤脚医生”工作年限证明（原服务地与其年龄相仿两名在职公职人员）

12、威县原“赤脚医生”工作年限证明（原服务地与其年龄相仿两名村民）

13、威县原“赤脚医生”身份和服务年限认定工作调查笔录

14、威县原“赤脚医生”身份和服务年限认定表

15、威县原“赤脚医生”身份和服务年限认定初审公示表

16、威县原“赤脚医生”汇总表

17、威县原“赤脚医生”申报材料登记表

表一：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期小2寸免冠照片 |
| 身份证号 |  | 联系方式 |  |
| 原服务地 |  |
| 现生活地 |  |
| 服务起始年 份 |  | 至60周岁服务年数 | （应去除不在岗年数） |
| 原服务地有关9位非亲属证明人姓名 |  |
| 村委会意 见 | （公章） 年 月 日 |
| 乡镇卫生院意见 | （公章） 年 月 日 |
| 县级认定机构意见 | 县级卫生计生部门代章年 月 日  |

威县原“赤脚医生”养老补助申请书

表二：

威县原“赤脚医生”身份和服务年限认定

工作承诺书

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 服务地点 |  | 起止日期 |  年 月至 年 月 |
| 服务地点 |   | 起止日期 |  年 月至 年 月 |
| 服务地点 |  | 起止日期 |  年 月至 年 月 |
| 个人承诺 |  本人提供的所有材料真实可靠，愿对所提供的物证、人证等资料承担一切责任。  申请人（签字、手印）：  年 月 日  |
| 说明 |  1、凡申请参加威县原“赤脚医生”从事行业年限认定的人员均应对本人所提供的各种证件及材料的真实性做出承诺，否则不予认定。2、必须由申请人亲自签名，不得代签。3、如在认定中发现有弄虚作假行为，取消认定资格，并按照有关规定进行处理。4、此承诺书随申报材料一同上报。 |

表三：

申请人身份证复印件粘贴处

反 面

正 面

申请人户口薄复印件粘贴处

表四

**申请人原始物证复印件粘贴处**

表四：

申请人原始物证复印件粘贴处

表五：

威县原“赤脚医生”工作年限证明

（村委会）

兹证明 乡（镇）区 村 同志（身份证号： ）于 年 月至 年 月在 村卫生室，从事预防保健、一般医疗服务工作共有 年。服务期间，遵纪守法，没有因刑事犯罪或违反国家政策、规定被处理。

特此证明。

 县 乡（镇）区 村（加盖公章）

 负责人（签字、手印）：

年 月 日

表六：

**威县原“赤脚医生”工作年限证明**

（现任村支书）

证人基本情况

姓名 性别 出生年月 联系电话

现住地址 。

证明内容

兹证明我村 同志于 年 月至 年 月，在 村从事预防保健、一般医疗服务工作共有 年。情况属实，特此证明。

证明人（签字、手印）：

 年 月 日

证明人身份证复印件粘贴处

 正面 反面

个人承诺书

本人提供的证明情况真实可靠，愿对证明信息承担一切责任。

 承诺人（签字、手印）：

 年 月 日

说 明：

证明人（本人亲属除外）对所证明的内容承担法律责任，协助被证明人弄虚作假的，除按党政纪有关规定处理外，还应承担相应责任。

表七：

威县原“赤脚医生”工作年限证明

（时任村支书或村委会主任或其他村委成员）

证人基本情况

姓名 性别 出生年月 联系电话

现住地址 。

证明内容

兹证明我村 同志于 年 月至 年 月，在 村从事预防保健、一般医疗服务工作共有 年。情况属实，特此证明。

证明人（签字、手印）：

 年 月 日

证明人身份证复印件粘贴处

 正面 反面

个人承诺书

本人提供的证明情况真实可靠，愿对证明信息承担一切责任。

 承诺人（签字、手印）：

 年 月 日

说 明：

证明人（本人亲属除外）对所证明的内容承担法律责任，协助被证明人弄虚作假的，除按党政纪有关规定处理外，还应承担相应责任。

表八：

威县原“赤脚医生”工作年限证明

（时任卫生院长或副院长或科主任）

证人基本情况

姓名 性别 出生年月 联系电话

现住地址 。

证明内容

兹证明 村 同志于 年 月至 年 月，在 村从事预防保健、一般医疗服务工作共有 年。情况属实，特此证明。

证明人（签字、手印）：

 年 月 日

证明人身份证复印件粘贴处

 正面 反面

个人承诺书

本人提供的证明情况真实可靠，愿对证明信息承担一切责任。

 承诺人（签字、手印）：

 年 月 日

说 明：

证明人（本人亲属除外）对所证明的内容承担法律责任，协助被证明人弄虚作假的，除按党政纪有关规定处理外，还应承担相应责任。

表九：

威县原“赤脚医生”工作年限证明

（时任卫生院在编医生）

证人基本情况

姓名 性别 出生年月 联系电话

现住地址 。

证明内容

兹证明 村 同志于 年 月至 年 月，在 村从事预防保健、一般医疗服务工作共有 年。情况属实，特此证明。

证明人（签字、手印）：

 年 月 日

证明人身份证复印件粘贴处

 正面 反面

个人承诺书

本人提供的证明情况真实可靠，愿对证明信息承担一切责任。

 承诺人（签字、手印）：

 年 月 日

说 明：

证明人（本人亲属除外）对所证明的内容承担法律责任，协助被证明人弄虚作假的，除按党政纪有关规定处理外，还应承担相应责任。

表十：

威县原“赤脚医生”工作年限证明

（时任卫生院医生已退休）

证人基本情况

姓名 性别 出生年月 联系电话

现住地址 。

证明内容

兹证明 村 同志于 年 月至 年 月，在 村从事预防保健、一般医疗服务工作共有 年。情况属实，特此证明。

证明人（签字、手印）：

 年 月 日

证明人身份证复印件粘贴处

 正面 反面

个人承诺书

本人提供的证明情况真实可靠，愿对证明信息承担一切责任。

 承诺人（签字、手印）：

 年 月 日

说 明：

证明人（本人亲属除外）对所证明的内容承担法律责任，协助被证明人弄虚作假的，除按党政纪有关规定处理外，还应承担相应责任。

表十一：

威县原“赤脚医生”工作年限证明

（原服务地与其年龄相仿两名在职公职人员）

证人基本情况

姓名 性别 出生年月 工作单位 联系电话 现住地址 。

证明内容

兹证明我村 同志于 年 月至 年 月，在 村从事预防保健、一般医疗服务工作共有 年。情况属实，特此证明。

 证明人（签字、手印）： 年 月 日

证明人身份证复印件粘贴处

 正面 反面

个人承诺书

本人提供的证明情况真实可靠，愿对证明信息承担一切责任。

 承诺人（签字、手印）： 年 月 日

证明人 系 单位正式工作人员。

 单位（公章）： 年 月 日

说 明：

证明人（本人亲属除外）对所证明的内容承担法律责任，协助被证明人弄虚作假的，除按党政纪有关规定处理外，还应承担相应责任。

表十二：

**威县原“赤脚医生”工作年限证明**

（原服务地与其年龄相仿两名村民）

证人基本情况

姓名 性别 出生年月 联系电话

现住地址 。

证明内容

兹证明我村 同志于 年 月至 年 月，在 村从事预防保健、一般医疗服务工作共有 年。情况属实，特此证明。

证明人（签字、手印）：

 年 月 日

证明人身份证复印件粘贴处

 正面 反面

个人承诺书

本人提供的证明情况真实可靠，愿对证明信息承担一切责任。

 承诺人（签字、手印）：

 年 月 日

说 明：

证明人（本人亲属除外）对所证明的内容承担法律责任，协助被证明人弄虚作假的，应承担相应责任。

表十三：

威县原“赤脚医生”身份和服务年限认定工作

调 查 笔 录

时 间：

地 点：

调查方式：

调查内容记录：

被调查人签字（手印）：

调查人签字：

注：现场调查应三人以上参加，必须有一名纪检干部。

表十四：

威县原“赤脚医生”身份和服务年限认定表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 |
| 服务时间 | 起 始时 间 |   | 服 务年 限 |  |
| 截 止时 间 |   |
| 家庭住址 |  乡（镇） 村 | 联系电话 | 　 |
| 身份证号 | 　 |
| 服务详细经历 | 服 务 时 间 | 服务地点 |
|  年 月至 年 月 |  |
|  年 月至 年 月 |  |
|  年 月至 年 月 |  |
|  年 月至 年 月 |  |
|  年 月至 年 月 |  |
|  本人签字（手印）： |
| 乡镇初审认定小组意见 |   组长签字（盖章）： |
| 县审核认定工作领导小组意见 |   组长签字（盖章）： |

表十五：

威县原“赤脚医生”身份和服务年限初审

公 示 表

 公示时间： 监督举报电话：

乡（镇）初审认定工作小组负责人签字：（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 原服务地 | 出生年月日 | 户口所在地 | 工作的村卫生室及工作经历（经历多个卫生室或时间有间断的，按时间顺序填写） | 进入村医岗位年月 | 退离村医岗位年月 | 服务年限 | 离岗后是否被企事业单位录用 | 有无刑事犯罪情况 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

表十六：

威县原“赤脚医生”汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 乡（镇、区）名称 | 行政村名称 | 姓名 | 性别 | 出生年月日 | 身份证号码 | 联系电话 | 服务起始年份 | 至60周岁服务年数 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 11 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

表十七：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 个人身份证明 | 威县原“赤脚医生”养老补助申请书 |
| 威县原“赤脚医生”从事行业年限认定工作承诺书 |
| 申请人身份证复印件 |
| 申请人户口本复印件 |
| 原始物证复印件 |
| 组织证明 | 威县原“赤脚医生”身份和服务年限证明（村委会） |
| 证明及调查笔录 | 证明人证明 | 有无 | 调查笔录有无 |
| 1.现任村支书 |  |  |
| 2.时任村支书或村委会主任或其他村委成员 |  |  |
| 3.时任卫生院长或副院长或科主任 |  |  |
| 4.时任卫生院在编医生 |  |  |
| 5.时任卫生院医生已退休 |  |  |
| 6.原服务地与其年龄相仿在职公职人员 |  |  |
| 7.原服务地与其年龄相仿在职公职人员 |  |  |
| 8.原服务地与其年龄相仿村民 |  |  |
| 9.原服务地与其年龄相仿村民 |  |  |
| 认定表 | 威县原“赤脚医生”身份和服务年限认定表 |

威县原“赤脚医生”申报材料登记表

乡（镇）认定工作小组（盖章） 编号

注：证明及调查笔录有无，在下方画√。

附件5：

**威县原“赤脚医生”养老补助金审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 |
| 服务年限 | 服务起始时 间 |   | 服务年限　 |  |
| 服务截止时 间 |   |
| 家庭住址 |  乡（镇） 村 | 联系电话 | 　 |
| 身份证号 |  |
| 社保号码 |  | 月补助金 额 |  |
| 养老补助发放时间 |  |
| 本人意见 | 签字： |
| 县原“赤脚医生”养老补助工作领导小组意见 |   盖章： |