苏家屯区落实乡村医生养老待遇

补助政策实施方案

为贯彻《辽宁省人民政府办公厅关于进一步加强农村医疗卫生服务体系建设的实施意见》（辽政办发〔2015〕40号）、《辽宁省人民政府办公厅关于印发进一步加强全省乡村医生队伍建设实施方案的通知》（辽政办发〔2016〕31号）和《沈阳市人民政府办公厅关于进一步加强农村医疗卫生服务体系建设的实施意见》（沈政办发〔2015〕47号）精神，加强乡村医生队伍建设，妥善解决乡村医生养老待遇问题，根据市卫健委《关于加快推进乡村医生养老待遇政策落实的函》（沈卫函〔2019〕100号）和市卫健委、市财政局、市人力资源和社会保障局联合下发的《关于加快推进我市乡村医生养老待遇政策落实的请示》（沈卫联〔2019〕9号）有关要求，结合我区实际，制定本方案。

一、补助范围

新中国成立后在苏家屯区行政区域内村卫生室连续从事乡村医生（含赤脚医生，下同）工作满1年以上（含1年）的人员。

二、补助对象

根据《沈阳市人民政府办公厅关于进一步加强农村医疗卫生服务体系建设的实施意见》（沈政办发〔2015〕47号），确定补助对象的条件。

（一）补助对象须同时具备以下条件

1.在苏家屯区行政区域内村卫生室连续从事乡村医生工作满1年以上（含1年）的。

2.持有县级及以上卫生行政部门颁发的赤脚医生证书、乡村医生（师）证书、乡村医生执业证书、执业医师（助理）证书、医疗机构执业许可证等，或能出具本方案要求的人证、物证材料的从事乡村医生工作的人员，且其执业地点在现苏家屯行政区域内。

3.截止2015 年7月15日（含）已满60周岁且离开村卫生室岗位的。

4.自2015年7月15日开始，年满60 周岁同意或已经离开村卫生室岗位的。

（二）乡村医生存在下列情况之一的，不得列入补助范围

1.已被国家机关或企事业单位录用的（包括乡村一体化与卫生院签订劳动合同且已参加企事业单位养老保险的乡村医生）。

2.2015年7月15日（含）前已经去世的。

3.参加城镇企业职工基本养老保险的。

4.因刑事犯罪或违反国家政策法规被辞退、解聘、开除的。

5.年满60周岁未离开村卫生室岗位的。

6.违反乡村医生执业规定，出现重大医疗事故或造成重大不良影响的。

（三）有以下特殊情况给予补助

符合领取乡村医生养老待遇补助条件的乡村医生在2015年7月15日后死亡的，由其法定继承人提交申请材料，可以给予补助，补助计算时间从2015年8月1日起至乡村医生死亡当月。

三、补助标准

对符合条件的乡村医生，按其工作年限每满1年每月补助25元，剩余不满1年的按1年计算。月补助金额=25元\*实际工作年限（不满1年的按1年计算）。

四、执行时间

（一）2015年7月15日，年满60周岁的

1.已离开村卫生室岗位的乡村医生，自2015年8月起享受养老待遇补助。

2.未离开村卫生室岗位的乡村医生，自离岗日期的次月起享受养老待遇补助。

（二）2015年7月15日，未满60周岁的

1.已离开村卫生室岗位的乡村医生，由各街道按照实施方案先行履行身份核定及工作年限确定等全部程序，报区卫健局备案，待满60周岁后从次月起给予补助。

2.未离开村卫生室岗位的乡村医生，待满60周岁后且离开村卫生室岗位后，由各街道按照实施方案履行身份核定及工作年限确定等全部程序，再行给予补助。

享受养老待遇补助的乡村医生，生命终止次月起不再享受补助待遇。

五、资格认定

坚持“物证为主、人证必须、调查审核、公开监督”的原则，由乡村医生工作所在地街道专人负责认定，区卫健局会同区委组织部、人社局、公安分局、社保分中心和相关街道等有关单位共同做好乡村医生身份、工作年限认定的组织、指导、审核和监督等工作。乡村医生身份认定原则上以乡村医生提供的原始证明材料为主，以街道（村）、卫健部门掌握的原始档案、资料为辅；不能提供原始材料亦没有原始档案的，以证明人证明材料为佐证。所有证明人必须具备独立的民事行为能力，不能与乡村医生有直系亲属关系，能够提供身份证明，如提供虚假证明，经查证属实，则取消申领人及证明人的补助资格。

（一）认定乡村医生身份

1.申请认定乡村医生身份的人员，须提供原始证明材料，包括原卫生行政部门颁发的赤脚医生证书、乡村医生（师）证书、乡村医生执业证书、执业医师（助理）证书、医疗机构执业许可证、未参加城镇企业职工基本养老保险证明，由各街道办事处查验核实原件并复印、照相存档，作为调查取证的主要依据。

2.原卫生行政部门颁发的乡村医生有关证书丢失的，须提供人证，证明人需5人以上，且满足以下条件：一是街道（或卫生院）从事防保或村医管理工作的人员（含资历相符的原工作人员）1人；二是村卫生室所在地村（社区）委会成员（含资历相符的原工作人员）1人及村民代表1人；三是本街道同期从事乡村医生工作且具有原始物证材料的至少2人。由街道、村委会按照规定程序取得相关证明，作为调查取证的必要依据。

证明人须现场签订《证书丢失身份认定证明表》（附件4）。登记时，申领补助的乡村医生本人当场签订《公开承诺书》（附件9）并按手印。

对赤脚医生证书和乡村医生（师）证书丢失，且无法提供同时期合格人员证明的，可提供原工作地村委会村民代表大会同意的大会决议（附件17），作为资格认定的条件。

3.各街道、村（社区）委会要将物证资料和证人证言进行公示，对收到的异议和举报，要按规定程序查实，并上报苏家屯区落实乡村医生养老待遇补助工作专班办公室（以下简称区工作专班办公室）备案。

（牵头单位：各街道办事处；配合单位：区卫健局）

（二）认定工作年限

1.认定工作年限以各街道工作专班调查核实的乡村医生实际在岗工作年限为准。

2.工作年限以乡村医生在村卫生室实际工作时间确定，剩余不满一年的按一年计算。

一是起始年限时间认定：原则上以申请人提供的有效证件上的起始时间为准，申请人也可提供医疗机构执业许可证、医疗收据凭证、本人签字的处方、门诊病历或医疗文书等相关物证证明其起始工作经历和起始年限，或辖区与被证明人年龄相仿的村民代表3人、村委会及街道共同出具起始时间证明（附件6）。

二是终止年限时间认定：乡村医生的终止年限由各街道2名从事乡村医生管理工作的管理人员（含资历相符的原管理人员）或村委会2名成员证明（附件7），并由街道、村委会盖章。

如中途离开村级医疗卫生岗位，其前后实际工作时间可合并计算工龄；在两个以上单位连续担任乡村医生的时间，凡经原卫生行政部门同意变动的，应当合并计算为连续工龄。

3.所有证明人须现场签订《证明人信息登记表》（附件5）。登记时，乡村医生本人当场签订《公开承诺书》（附件9）并按手印。

4.工作年限一经核定后不再调整。

（牵头单位：各街道办事处；配合单位：区卫健局）

六、认定程序

**（一）申请**

符合条件的人员须持本人身份证、户口簿、乡村医生证书、医疗机构执业许可证等证件（原件和复印件）及其他物证资料向最终执业所在街道提出申请，填写《乡村医生养老待遇补助申请登记表》（附件3）、《乡村医生工作起始时间证明表》（附件6）、《乡村医生工作终止时间证明表》（附件7）、《乡村医生养老待遇补助审批表》（附件8）、《公开承诺书》（附件9），并提供物证资料和证明证言。

（牵头单位：各街道办事处）

**（二）初审**

各街道相应工作专班负责对申请人提供的乡村医生相关证书、物证、人证等资料进行调查、取证、逐一核实，在《乡村医生养老待遇补助审批表》（附件8）盖章，形成初审结果。

（牵头单位：各街道办事处）

**（三）第一次公示**

申请养老待遇补助的乡村医生经本村村民代表大会通过后，各村委会填写《村乡村医生养老待遇补助人员公示表》（附件10），在村（居）政务公开栏全村范围内进行第一次公示，公示时间为7个工作日。各街道依据各村上报的公示表将《街道乡村医生养老待遇补助人员公示表》（附件11）在街道政务公开栏全街道范围进行第一次公示，公示时间为7个工作日。街道、村公示期间发现问题及时进行调查处理，第一次公示结束后，各街道要将公示结果、申请登记表、证书、证明材料和人证材料原件及复印件，按照一人一档汇总报区工作专班办公室。

（牵头单位：各街道办事处）

**（四）复核**

由区卫健局会同区委组织部、人社局、社保分中心、公安分局等部门对申请人是否已被国家机关或企事业单位录用、是否参加城镇企业职工基本养老保险等情形进行再次复核，完善《乡村医生养老待遇补助审批表》（附件8），将审核结果反馈至各街道。

**（五）第二次公示**

各街道将审核结果在各街道、村范围内进行第二次公示，公示时间为5个工作日，同时，区卫健局负责将《苏家屯区乡村医生养老待遇补助人员公示表》（附件13）在区政府网站上进行公示，公示时间为5个工作日。

区工作专班办公室在公示期内受理异议问题。举报人反映问题时，需以书面方式反映，并提供真实姓名、单位、联系电话和通讯地址。涉及反映问题的时间、地点、经过、证人等事实要清楚准确。按照“谁主张、谁举证”的原则，由举报人提供证明材料，区工作专班办公室协调各部门、街道针对相应问题共同进行查证核实。

（牵头单位：区卫健局；配合单位：区委组织部、人社局、各街道办事处、公安分局、社保分中心）

**（六）审批及备案**

第二次公示后，由街道填写《苏家屯区乡村医生养老待遇补助人员确认表》（附件14），并将纸质版及电子版上报区工作专班备案，经审查批准后，作为审核发放工作的依据。

（牵头单位：区卫健局；配合单位：区委组织部、人社局、各街道办事处、公安分局）

七、资金筹措

落实乡村医生养老待遇所需资金由区财政负担，每年纳入财政预算，并保障发放到位。

八、发放途径

区卫健局承担乡村医生养老待遇补助发放工作，每季度通过乡村医生个人银行卡统一发放。各街道每月20日前将死亡乡村医生名单及相关人员银行卡账号等基本信息变动情况（附件16）上报区卫健局。

九、保障措施

（一）加强组织领导。发放乡村医生养老待遇补助是保持基层医疗卫生队伍稳定的重要措施，更是关系到广大乡村医生的重大惠民政策。区政府成立由主管副区长为组长，区卫健局局长为副组长，区卫健局、人社局、财政局、各街道办事处等单位分管领导为成员的苏家屯区落实乡村医生养老待遇补助工作专班（附件1）。

（二）严格落实责任。本次乡村医生补助的认定以街道为责任主体。各街道要成立工作专班，以科学、严谨、务实的态度，全面准确核实补助人员数量和个人信息。区卫健局负责协调、指导各部门、各街道完成乡村医生身份和工作年限认定工作，正确宣传乡村医生养老待遇补助的相关政策。区公安分局负责刑事犯罪行为认定及死亡信息通报核查等工作。区委组织部、人社局负责对申请人是否被国家机关、事业单位录用等情况进行核查。社保分中心负责对申请人是否参加城镇企业职工基本养老保险情况进行核查。区财政局负责资金筹措和保障工作。区纪委监委负责对不作为、乱作为和提供虚假证明的相关责任人员依法依纪追究责任。区信访局负责做好实施过程中的信访维稳以及相关投诉举报案件的转办、移交等工作。区司法局负责对区政府规范性文件的合法性进行审查。区审计局负责对资金使用情况进行审计。

（三）加强部门协作。各单位要密切配合，共同推进乡村医生养老待遇补助发放工作，确保社会和谐稳定。要及时搜集工作中出现的新情况、新问题，对落实政策过程中遇到的重大问题，及时报告区工作专班办公室。

（四）严肃工作纪律。各单位要精心安排部署，认真履行职责，严格执行有关政策、人员范围、补助标准和认定步骤等规定，对符合规定条件的人员，无论是否纳入前期调查摸底范围，均应依法依规进行认定，做到应认尽认，没有遗漏。对存在弄虚作假、徇私舞弊行为的，要坚决取消申请人的认定资格，并及时向纪检监察机关通报情况，反馈问题线索，由纪检监察机关严肃追究相关责任人的责任。对申请人故意刁难、推诿扯皮和行政不作为的，一经查实，将严肃问责。

此文件自发布之日起执行，未尽事宜由苏家屯区落实乡村医生养老待遇补助工作专班办公室负责解释。

附件：1.苏家屯区落实乡村医生养老待遇补助工作专班成员名单

2.苏家屯区落实乡村医生养老待遇补助工作流程

3.乡村医生养老待遇补助申请登记表

4.证书丢失身份认定证明表

5.证明人信息登记表

6.乡村医生工作起始时间证明表

7.乡村医生工作终止时间证明表

8.乡村医生养老待遇补助审批表

9.公开承诺书

10.村乡村医生养老待遇补助人员公示表

11.街道乡村医生养老待遇补助人员公示表

12.乡村医生养老待遇补助人员汇总表

13.乡村医生养老待遇补助人员公示表

14.乡村医生养老待遇补助人员确认表

15.乡村医生养老待遇补助发放表

16.乡村医生养老待遇补助人员变动表

17.街道(村)会议记录

附 件1

苏家屯区落实乡村医生养老待遇补助

工作专班成员名单

组 长：区人民政府副区长

副组长：区卫健局局长

成 员：区委组织部分管领导

区信访局分管领导

区纪委监委分管领导

区财政局分管领导

区人社局分管领导

区公安分局分管领导

区审计局分管领导

区司法局分管领导

区卫健局分管领导

市社保中心苏家屯分中心分管领导

解放街道办事处分管领导

民主街道办事处分管领导

中兴街道办事处分管领导

沈水街道办事处分管领导

林盛街道办事处分管领导

陈相街道办事处分管领导

白清姚千街道办事处分管领导

十里河街道办事处分管领导

佟沟街道办事处分管领导

八一红菱街道办事处分管领导

永乐街道办事处分管领导

沙河街道办事处分管领导

工作专班下设办公室，办公室设在区卫健局，由区卫健局局长兼任办公室主任，具体工作由卫健局医疗综合管理科负责，联系电话：89812073。

附 件2

苏家屯区落实乡村医生养老待遇补助

工作流程

1.领取表格。申请人到最终执业村卫生室所属街道指定地点领取《乡村医生养老待遇补助申请登记表》（附件3）、《乡村医生工作起始时间证明表》（附件6）、《乡村医生工作终止时间证明表》（附件7），同时按需领取《证书丢失身份认定证明表》（附件4）、《证明人信息登记表》（附件5）（以上所有材料一式三份）。

2.填写表格。申请人本人用正楷字如实、完整填写申请表上相关内容，不允许有涂改，并粘贴本人近期一寸免冠照片，也可电子版填写内容，手写签字。所有证明人签字均需在街道指定部门现场填写。

3.初审。各街道工作专班负责对申请人提供的乡村医生相关证书、物证、人证等资料进行调查、取证、逐一核实，形成初审结果。

4.第一次公示。经所在街道核实无异议的名单进行第一次公示，公示名单张贴在村（居）政务公开栏、街道政务公开栏的醒目位置，公示时间为7个工作日，公示内容（附件10、附件11）。

5.材料上报。对第一次公示无异议的申请人提交的材料（一人一档）汇总，填写《乡村医生养老待遇补助人员汇总表》（附件12），与《乡村医生养老待遇补助审批表》（附件8）一并报至区工作专班办公室。

6.复核。区工作专班办公室会同区委组织部、人社局、公安分局等相关部门对各街道上报信息逐人进行审核确认，并在《乡村医生养老待遇补助审批表》（附件8）签字盖章。

7.第二次公示。区工作专班办公室将审核结果反馈至各街道，并在区政府网站、各街道、村（居）政务公开栏进行第二次公示。公示时间为5个工作日。

8.第二次公示结果上报。各街道按时完成第二次公示，并将公示结果及《乡村医生领取养老待遇补助人员确认表》（附件14）上报区工作专班办公室。

9.补助发放。区卫健局按程序申领、发放补助资金。

附 件3

乡村医生养老待遇补助申请登记表

苏家屯区    街道     村

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生  年月 |  | | 登记人近期  1寸照片  （加盖街道公章） |
| 联系电话 |  | | 学 历 |  | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 是否已经被国家机关或企事业单位录用 | | | | | | | |  |
| 是否参加城镇企业职工基本养老保险 | | | | | | | |  |
| 从事乡村医生工作简历 | 起止时间 | | 执业地点(村卫生室) | | | | | 工作时间（ 月） |
|  | | 街道      村 | | | | |  |
|  | | 街道      村 | | | | |  |
|  | | 街道   村 | | | | |  |
| 累计从业年限 | | | 年   个月 | | | | | |
| 能否提供原始证件，如能提供填写下表，如不能提供（证件丢失）填写《附件4》 | | | | | | | | |
| 证书类别 | | 赤脚医生  证书 | 乡村医生（师）  证书 | | 乡村医生执业证书 | | 其他： | |
| 发证机关 | |  |  | |  | |  | |
| 证书编号 | |  |  | |  | |  | |
| 发证日期 | |  |  | |  | |  | |
| 本人承诺 | | 本人提供的上述信息真实无误，并承担相应法律责任。  乡医（签字并按手印）：  年   月   日 | | | | | | |

附 件4

证书丢失身份认定证明表

苏家屯区    街道 村

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被证明人： ，男/女， 岁，该人曾经在    街道     村卫生室从事乡村医生工作，特此证明。 | | | | | | |
| 证明人类别 | 证明人姓名 | | 身份证号 | 联系电话 | | 证明人签字  按手印 |
| 从事防保、村医管理人员（含资历相符原工作人员） |  | |  |  | |  |
| 村委会成员（含资历相符原工作人员） |  | |  |  | |  |
| 村民代表 |  | | | | | |
| 乡村医生（本街道同期从事乡村医生工作且具有原始物证资料）至少2人 |  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
|  | |  |  | |  |
| 乡村医生本人意见：（同意、不同意） （签字并按手印） | | | | | | |
| 村委会审核意见  负责人（签字)：  （公章）  年  月  日 | | 卫生院审核意见  负责人（签字）：  （公章）  年  月  日 | | | 街道审核意见  负责人（签字)：  （公章）  年  月  日 | |
| 说明：  1.提供被证明人曾从事乡村医生工作的证明材料真实、准确；  2.证明人出具虚假信息的，查证属实，取消证明人和被证明人乡村医生补助资格。 | | | | | | |

附 件5

证明人信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出生  年月 | |  | 证明人近期1寸照片  （加盖街道公章） |
| 联系电话 |  | 工作单位 |  | | | | |
| 身份证号码 |  | | 与被证明人的关系 | | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 工作简历： | | | | | | | | |
| 证明内容：  我证明被证明人 于 年 月 日至 年 月 日，在 区 街道 村卫生室从事乡村医生工作，证明情况属实，如提供虚假证明，本人愿意承担相关责任。特此证明。 | | | | | | | | |
| 身份证复印件｛正面｝ | | | | 身份证复印件｛反面｝ | | | | |
| 街道审核意见 | | | | 负责人（签字)：  （公章）  年   月   日 | | | | |

说明：证明人对所证明的内容承担法律责任，协助被证明人弄虚作假的，除按相应党政纪有关规定处理外，还应承担相应经济方面连带责任。

附 件6

乡村医生工作起始时间证明表

苏家屯区      街道      村

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被证明人：         ，男/女， 岁，自     年    月开始在     村卫生室从事乡村医生工作，特此证明。 | | | |
| 证明人员列表 | | | |
| 证明人1  （签字并按手印） |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| 证明人2  （签字并按手印） |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| 证明人3  （签字并按手印） |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| 乡医本人意见： | （签字并按手印）  年   月   日 | | |
| 村委会意见 | 负责人（签字)： （村委会公章）  年   月   日 | | |
| 街道审核意见 | 负责人（签字)： （街道公章）  年   月   日 | | |
| 说明：  1.提供被证明人的任职起始时间证明材料真实、准确；  2.出具虚假信息经查证属实的，证明人和被证明人一同承担责任和后果。 | | | |

附 件7

乡村医生工作终止时间证明表

苏家屯区        街道       村

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被证明人：      ，男/女， 岁，自    年    月终止在     村卫生室从事乡村医生工作，特此证明。 | | | |
| 证明人员列表 | | | |
| 街道相应工作人员或村委会人员1  （签字并按手印） |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| 街道相应工作人员或村委会人员2  （签字并按手印） |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| 乡医本人意见 | 签字（按手印）： 年  月    日 | | |
| 村委会审核意见 | 负责人（签字)：  （公章）  年   月   日 | | |
| 街道审核意见 | 负责人（签字)：  （公章）  年   月   日 | | |
| 说明：  1.提供被证明人的任职终止时间证明材料真实、准确；  2.出具虚假信息经查证属实的，证明人和被证明人一同承担责任和后果。 | | | |

附 件8

乡村医生养老待遇补助审批表

苏家屯区        街道        村

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生  年月 |  | 学历 |  | 登记人近期  1寸照片  （加盖街道公章） |
| 联系电话 |  | 身份证  号码 | |  | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 从事乡村医生工作简历 | 起止时间 | | 执业地点(村卫生室) | | | | | | 工作时间（月） |
|  | | 街道      村 | | | | | |  |
|  | | 街道      村 | | | | | |  |
|  | | 街道      村 | | | | | |  |
| 累计从业年限 | | | 年    个月 | | | | | | |
| 村委会意见 | 申请人在本村从事乡村医生工作，工作年限相符。  负责人（签字）：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 街道办事处意见 | 证明人身份真实有效。  负责人（签字）：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 街道派出所意见 | 申请人无刑事犯罪。  负责人（签字）：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 区委组织部、人社局意见 | 申请人不存在被国家机关、事业单位录用等情况。  负责人（签字）：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 卫健局意见 | 申请人不存在违反国家政策法规被辞退、解聘、开除等情况，离岗乡村医生符合领取生活补助条件。  负责人（签字）：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |

附 件9

公开承诺书

本人承诺，对《苏家屯区落实乡村医生养老待遇补助政策实施方案》（以下简称方案）中的补助政策内容知悉并充分理解，并自愿接受补助方式和标准。承诺在申请补助过程中所提交的有关信息、证明人证明材料和其他个人信息，均真实无误，无虚假行为，如有不实，个人愿承担一切后果。

承诺人： （签字并按手印）

年 月 日

附 件10

村乡村医生养老待遇补助人员公示表

经对苏家屯区 街道 村乡村医生提供的物证资料和人证资料进行逐一核实，现将该申请养老待遇补助的乡村医生情况公示如下：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **证书名称** | **执业地点** | **工作起止**  **年月** | **工作**  **年限** | **证明人** | **证明内容** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

公示时间为 年 月 日-- 年 月 日，公示内容如有不实和其他问题，可通过电话或面谈的方式联系。

监督联系电话：

苏家屯区 街道 村（公章） 年 月 日

附 件11

街道乡村医生养老待遇补助人员公示表

经核实无误，现将苏家屯区 街道符合养老待遇补助申请条件的乡村医生情况公示如下：

公示日期： 年 月 日--- 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 证书名称 | 执业地点 | 工作起止  年月 | 工作年限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

以上公示内容如有不实和其他问题，可通过电话或面谈的方式联系。

监督联系电话：

苏家屯区 街道（公章） 年 月 日

附 件12

乡村医生养老待遇补助人员汇总表

苏家屯区      街道（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 证书名称 | 执业地点 | 工作起止  年月 | 工作年限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 填报时间： 年 月 日

附 件13

乡村医生养老待遇补助人员公示表

公示日期： 年 月 日--- 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 证书名称 | 执业地点 | 工作起止  年月 | 工作年限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

以上公示内容如有不实和其他问题，可通过电话或面谈的方式联系。

监督联系电话：

附 件14

乡村医生养老待遇补助人员确认表

苏家屯区 街道（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 姓名 | 性  别 | 年  龄 | 身份证号 | 持证名称 | 执业地点 | 工作起止时间 | 工作年限 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附 件15

乡村医生养老待遇补助发放表

苏家屯区       街道（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 姓名 | 性  别 | 年  龄 | 身份证号 | 持证名称 | 执业地点 | 工作起止  时间 | 工作年限 | 联系电话 | 银行卡号  （\*\*银行） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附 件16

乡村医生养老待遇补助人员变动表

苏家屯区       街道（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 姓名 | 性  别 | 年  龄 | 身份证号 | 持证名称 | 执业地点 | 工作起止  时间 | 工作年限 | 联系电话 | 变动情况及事由 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附 件17

街道 村 会议记录

|  |  |
| --- | --- |
| 时间 |  |
| 地点 |  |
| 主持人 |  |
| 记录人 |  |
| 参加人员 |  |
| 会议议题 |  |
| 会议记录 |  |
| 会议决议 |  |
| 参加会议  人员签字 |  |