**山东省医务工会委员会**

**关于开展2022年度“情系职工冬送温暖”**

**活动的通知**

**各市医务工会、省卫生健康委直属机关工会、各高校附院工会：**

**为深入学习贯彻党的十九届六中全会精神和习近平总书记“七一”重要讲话精神，把工会组织的温暖及时送到广大职工群众的心坎上，推进“我为群众办实事”实践活动走深走实，省医务工会决定在春节期间组织开展“情系职工冬送温暖”慰问职工活动，现将有关事项通知如下：**

一、慰问范围

**1.因本人或家庭成员患大病、上学、遭受各类灾害或突发意外等情况造成生活困难的职工，特别是疫情防控一线医务人员、先进模范人物和因组织需要长期异地工作或者服从组织需要赴外地、基层工作的派驻挂职干部职工，其家庭遇有困难的；**

**2.节日坚守岗位服务一线，长期在高（低）温、有毒有害等环境中和苦脏累险艰苦行业岗位上工作的一线职工；**

**3.工伤与职业病致残的职工和因公牺牲职工的家属；**

**4.在重大项目中做出突出贡献的职工；工作一线涌现出来的先进模范人物。**

二、慰问方式

**根据疫情防控要求，简化送温暖行程，灵活采取多种形式组织开展走访慰问活动。**

**（一）省医务工会，各市、各县（市、区）医务工会结合工作实际，开展调研座谈，倾听职工群众对美好生活的期盼和需求，慰问劳模、一线职工和困难职工。（省医务工会送温暖工作安排见附件1）**

**（二）基层工会作为送温暖活动的主要力量，要精准对接职工需求，对生活困难的职工家庭及节日期间坚守服务岗位的一线职工走访慰问。**

三、有关要求

**一要强化大局意识。各单位一定要提高政治站位，切实发挥好送温暖资金纾困解难作用，在资金总量、帮扶名额有限的情况下，细致做好申报统计工作，确保慰问对象情况属实，符合慰问条件。**

**二要精心组织实施。各单位要把“送温暖”活动与学习宣传十九届六中全会精神结合起来，简化走访慰问形式，确保不影响单位及职工群众正常工作生活秩序，走访慰问时，认真倾听职工“急难愁盼”、关心职工诉求，协助解决职工困难。**

**三要树牢底线思维。严格按照《工会送温暖资金使用管理办法（试行）》（鲁会办〔2019〕4号文）规定的资格、条件和要求分配和使用资金，确保公平公正、经得起检验和倒查。任何单位或个人不得截留、挪用、冒领，不得优亲厚友、人情帮扶。如违反有关规定，将严肃追责问责。**

**1月23日前，各市医务工会、省卫生健康委直属机关工会、各高校附院工会将送温暖活动情况统计表（附件2）发送至省医务工会邮箱。**

**联 系 人：于 峰**

**联系电话：0531-51766563**

**电子邮箱：[sdywghxx@163.com](mailto:sdywghxx@163.com)**

**地 址：山东省济南市历下区燕东新路9-1号**

**附件：1.省医务工会送温暖工作安排**

**2.2022年元旦春节期间各级工会送温暖统计表**

**山东省医务工会委员会**

**2022年 1月6日**

附件1

省医务工会送温暖工作安排

**1.各单位根据省医务工会送温暖名额分配表（见表1），按照慰问范围扎实做好统计申报工作，填写《2022年送温暖申报信息表》（表2），已向各级工会组织申报送温暖资金的职工不得向省医务工会重复申报。**

**2.《2022年送温暖申报信息表》经工会主席审核签字，加盖公章后，请于2022年1月11日前报送PDF扫描版和电子版至省医务工会邮箱，逾期不再受理。**

**3.2022年1月23日前将送温暖慰问实名签领表（表3）纸质版邮寄至省医务工会。**

表1

2022年省医务工会送温暖名额分配表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | 人数 | 单位名称 | 人数 |
| **济南市医务工会** | **6** | **山东大学齐鲁医院** | **4** |
| **青岛市医务工会** | **6** | **山东大学第二医院** | **4** |
| **淄博市医务工会** | **4** | **山东大学口腔医院** | **3** |
| **枣庄市医务工会** | **4** | **山东第一医科大学附属省立医院** | **4** |
| **东营市医务工会** | **4** | **山东第一医科大学第一附属医院** | **4** |
| **烟台市医务工会** | **4** | **山东第一医科大学第二附属医院** | **3** |
| **潍坊市医务工会** | **5** | **山东第一医科大学附属肿瘤医院** | **3** |
| **济宁市医务工会** | **5** | **山东第一医科大学附属职业病医院** | **3** |
| **泰安市医务工会** | **4** | **山东中医药大学附属医院** | **4** |
| **威海市医务工会** | **4** | **山东中医大学第二附属医院** | **3** |
| **日照市医务工会** | **4** | **山东中医大学附属眼科医院** | **3** |
| **临沂市医务工会** | **5** | **青岛大学附属医院** | **4** |
| **德州市医务工会** | **4** | **潍坊医学院附属医院** | **3** |
| **聊城市医务工会** | **4** | **济宁医学院附属医院** | **3** |
| **滨州市医务工会** | **4** | **滨州医学院附属医院** | **3** |
| **菏泽市医务工会** | **5** | **滨州医学院烟台附属医院** | **3** |
| **卫健委直属机关工会** | **5** |  |  |
| 合计 | 131 | | |

表3

送温暖慰问实名签领表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 工作单位 | 慰问金额（元） | 联系电话 | 银行卡号 | 签字 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |

填报单位（公章）： 负责人签字：

填报人： 联系电话： 年 月 日