附件1：

**武汉市国有企业退休人员社会化管理服务基本信息表**

（□央企 □省企 □市企 □区企）

移交单位： 企业所在地： 集团公司：（一级）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本  情况 | 姓名 | 章金美 | | 性别 | |  | 民族 | |  | | 出生年月 | |  | | 身份证号 | |  | | 政治面貌 |  | | 健康状况 | |  |
| 原工作单位 | |  | | | | 原任职务 | | | |  | | 参加工作时间 | | |  | | 退休年月 |  | 档案存放地点 | | |  | |
| 文化程度 | |  | | | | 特长技能 | | | |  | | | | 退休类别 | |  | | 兴趣及爱好 | |  | | | |
| 特殊人员 | | | | | | 建国前参加工作□ 八十岁以上高龄□ 孤寡老人□ 劳模□ 特困□ 重病□ 特殊工种□ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 社会保障情况 | 是否享受低保 | | | | 是□ 否□ | | | 社会保险关系所在地 | | | | 养 老 | |  | | | 参保情况 | | 养老保险□ 医疗保险□ 工伤保险□ | | | | | |
| 医 疗 | |  | | |
| 工伤伤残等级 | | | |  | | | 工伤部位 | | | | |  | | | | 社会保障统筹外待遇 | | |  | | | | |
| 家  庭  情  况 | 居住情况 | 本地居住人员□ 异地居住人员□ 出国（境）居住□ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 户口所在地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 电话 |  | | | | |
| 常住地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 电话 |  | | | | |
| 异地居住地 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 电话 |  | | | | |
| 配偶情况 | 姓 名 | |  | | | 出生年月 | | |  | | | 联系电话 | |  | | | | 工作单位 |  | | | | |
| 目前状况 | | | | | 在职□ 无职业□ 离休□ 退休□ | | | | | | | | | | | | 健康状况 | | |  | | |
| 家庭联系人 | 姓名 | | 关系 | | | 工作单位 | | | | | | | | 联系电话 | | | | 详细地址及邮政编码 | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | | |
| 个人移交意愿 | | | | 本地移交□ | | | | | | | | | | | 户口所在地□ 常住地□ 企业所在地□ | | | | | | | | | |
| 异地移交□ | | | | | | | | | | | 户口所在地□ 常住地□ | | | | | | | | | |

退休人员签字： 填表日期：

备注：1.附退休人员身份证复印件一份、退休人员户口簿户主页和本人页复印件各一份；

2.退休人员本人留存一份。