|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **部队服役情况** | | | | | | | |
| 参加工作或入伍时间 | |  | | 成为军队职工方式 | | ★ | |
| 入伍证明材料 | | （照片） | | | | | |
| 离退休时间 | |  | | 原部队 | |  | |
| 原单位 | |  | | 转职工时间 | |  | |
| 退休前身份 | |  | | 原职级 | |  | |
| 职务 | |  | | 获得荣誉称号情况 | |  | |
| **安置情况** | | | | | | | |
| 移交方式 | | ★ | | 移交时间段 | | ★ | |
| 安置地 | | ★ | | 接受日期 | |  | |
| 安置单位性质及描述 | |  | | | | | |
| 安置时间 |  | | 退休方式 |  | 离退休证件号码（证件照片） | |  |
| 安置管理部门 |  | | 移交时间 |  | 工资计发比例 | |  |
| **伤残情况** | | | | | | | |
| 是否抗美援朝 | |  | | 伤残属别 | | ★ | |
| 负伤时间 | |  | | 负伤时所在部队 | |  | |
| 负伤地点 | |  | | | | | |
| 评残时间 | | ★ | | 伤残证件号 （证件照片） | | ★ | |
| 残疾证件有效  起始时间 | | ★ | | 残疾证件有效  截止时间 | | ★ | |
| 致残原因 | | ★ | | 伤残性质 | | ★ | |
| 伤残等级 | | ★ | | 伤残部位 | | ★ | |
| 是否职业病评残 | | ★ | | 是否精神病评残 | | ★ | |
| 是否配置辅助器具 | |  | | 配置时间 | |  | |
| 配置种类 | |  | | | | | |

**精准数据采集信息表（军队无军籍离退休退职职工）**

填报单位：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 精准分类 | ★ | 采集人 |  | 采集单位 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | | ★ | | | | 性别 | | | | | ★ | | | | |  | | | |
| 出生日期 | | ★ | | | | 民族 | | | | | ★ | | | | |
| 身份证号码 | | ★ | | | | 曾用名 | | | | |  | | | | |
| 签发机关 | | ★ | | | | 身高 | | | | |  | | | | |
| 有效期 | | ★ | | | | 参加工作时间 | | | | |  | | | | |
| 户籍类别 | |  | | | | 户籍地址 | | | | | ★ | | | | | | | | |
| 籍贯 | | ★ | | | | | | | | | 户主关系 | | | | ★ | | | | |
| 家庭住址 | | ★ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现居住地址 | | ★ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 人大代表级别 |  | | | 人大代表职务 | | | | |  | | | 任职开始时间 | | | | |  | | |
| 政委委员级别 |  | | | 政协委员职务 | | | | |  | | | 任职开始时间 | | | | |  | | |
| 政治面貌 | | ★ | | | | 入党时间 | | | | |  | | | 党龄 | | | | |  |
| 所在支部 | |  | | | | 是否担任党组织职务 | | | | |  | | | | | | | | |
| 是否按时缴纳党费 | |  | | | | 是否按时参加组织生活 | | | | |  | | | | | | | | |
| 婚姻状况 | | ★ | | | | 手机号 | | | | | ★ | | | | | | | | |
| 就业状态 | |  | | | | 就业单位 | | | | |  | | | | | | | | |
| 就业单位性质 | |  | | | | 参加工作时间 | | | | |  | | | | | | | | |
| 家庭固话 | |  | | | | 办公电话 | | | | |  | | | | | | | | |
| 紧急联系人电话 | |  | | | | QQ 号 | |  | | | 微信号 | |  | | | | | | |
| 电子邮箱 | |  | | | | 邮编 | | | | |  | | | | | | | | |
| 个人信息备注 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 是否港澳 | |  | | | | | | | 是否委托代办 | | | | |  | | | | | |
| 代办人姓名 | | ★ | | | | | | | 代办人身份证号码 | | | | | ★ | | | | | |
| **光荣牌悬挂情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 光荣牌申请悬挂时间 | | |  | | | | 光荣牌是否悬挂 | | | | ★ | | | | | | | | |
| 光荣牌悬挂时间 | | |  | | | | 悬挂地址 | | | |  | | | | | | | | |
| 光荣牌是否取消 | | |  | | 光荣牌是否更换 | | | | |  | 光荣牌更换时间 | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 变动种类 | | |  | | | 变动时间 | |  | | |
| 变动后伤残证件号码（照片） | | |  | | | 变动后伤残等级 | |  | | |
| 变动后伤残部位 | | |  | | | | | | | |
| **享受待遇情况** | | | | | | | | | | |
| 供养方式 | | 供养方式为集中供养下拉两个标红字段 | | | | | | | | |
| 供养单位 | |  | | | | | | | | |
| 供养单位地址 | |  | | | | | | | | |
| 是否享受国家 抚恤补助金 | | 国家抚恤补助金为是，下拉标红字段 | | | | 享受待遇状态 | | |  | |
| 优抚待遇批准日期 | |  | | | | 优抚证件号码 （证件照片） | | |  | |
| 抚恤补助金情况 | |  | | | | 待遇发放类型 | | |  | |
| 是否社会化发放 | |  | | | | 抚恤补助金额 | | |  | |
| 银行名称 | |  | | | | 开户名称 | | |  | |
| 银行账号 | |  | | | | 享受抚恤亲属人口数 | | |  | |
| **受教育情况：全日制教育** | | | | | | | | | | |
| 教学机构 | 专业 | | | 学历（证书照片） | | | 学位 | | 时间 | |
|  |  | | | ★ | | |  | |  | |
| **受教育情况：继续教育** | | | | | | | | | | |
| 教学机构 | 专业 | | | 学历（证书照片） | | | 学位（证书照片） | | 时间 | |
|  |  | | |  | | |  | |  | |
| **身体状况** | | | | | | | | | | |
| 健康状况 | | | ★ | | 患病信息 | | | |  | |
| 疾病种类 | | |  | | 劳动能力 | | | |  | |
| 优抚生活能力 | | |  | | 是否参加职业健康检查 | | | |  | |
| 上次查体时间 | | |  | | 本次查体时间 | | | |  | |
| **退役后残疾情况** | | | | | | | | | | |
| 评残时间 | | |  | | 残疾部位 | | | | |  |
| 残疾等级 | | |  | | 残疾证件号（证件照片） | | | | |  |
| 证件有效期 | | |  | | 是否配置辅助器具 | | | | |  |
| 配置时间 | | |  | | 配置方式 | | | | |  |
| 是否职业病评残 | | |  | | 享受残疾人两项补贴 | | | | |  |
| 是否享受护理费 | | |  | | | | | | | |
| 生活状况 | | | | | | | | | | |
| 生活状况 | | | 良好 一般 差 | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 建筑面积 |  | 房屋结构 |  |
| 上年度家庭收入/月 | ★ | 上年度个人收入/月 | ★ |
| 享受社会救助 |  | | |
| 个案帮扶 | ★为是下拉下面标红字段展开，否则不展开 | | |
| 帮扶主体 | ★ | 帮扶方式 | ★ |
| 帮扶金额 | ★ | 援助经费补贴来源 | ★ |
| 帮扶时间段 | ★ | | |
| 是否孤老 | ★ | 是否孤儿 | ★ |
| 是否低保 | ★ | 五保户 | ★ |
| 单位地址 |  | 单位电话 |  |
| **社保缴纳情况** | | | |
| 养老保险类型 | ★ | 现参保地 |  |
| 参加养老保险时长 |  | 是否在中断情况 |  |
| 养老保险中断时断 | 存在中断展示 | | |
| 医疗保险类型 | ★ | 现参保地 |  |
| 参加医保时长 |  | 是否存在中断情况 |  |
| 医疗保险号 |  | | |
| 医疗保险中断时段 | 存在中断展示 | | |
| 其他 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **家庭成员情况（可拓展，随人数增加）** | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 民族 | 关系 | 身份证号 | | | 工作单位 | |
|  |  |  |  |  | | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |
|  |  |  |  |  | | |  | |
| 家庭成  员人数 |  | 18岁(含)以下人数 |  | 60岁(含)  以上人数 |  | 先天性残疾子女人数 | |  |