普安府发〔2022〕23号

普安乡人民政府

关于印发《普安乡无证无档离岗乡村医生

养老和医疗补助工作实施方案》的通知

各村（社区）、乡属各单位：

现将《普安乡无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助工作实施方案》印发给你们，请认真贯彻执行。

普安乡人民政府

2022年4月26日

普安乡无证无档离岗乡村医生养老和医疗

补助工作实施方案

根据《云阳县人民政府办公室关于印发云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助工作实施方案的通知》（云阳府办发〔2022〕29号）、《云阳县卫生和计划生育委员会 云阳县财政局云阳县人力资源和社会保障局关于印发云阳县离岗乡村医生养老和医疗补助工作实施方案的通知》（云卫计发〔2017〕83号）等文件精神，结合我乡实际，本着尊重历史、实事求是的原则，特制定本实施方案。

一、补助范围

本方案主要适用于无证无档的离岗乡村医生。即从1965年6月26日至1990年12月31日，在普安乡辖区内村卫生室连续从事乡村医生工作满1年（含1年）以上，经查证核实，离开乡村医生岗位后未被国家机关（企事业单位）录（聘）用为正式工作人员的原乡村医生。户籍迁移到县外的也纳入补助发放范围。

二、认定程序及办法

按照“分工负责、实事求是、客观公正、全面准确”的工作原则，实行“组织查证”的认定办法，由乡人民政府统筹办公室及各工作组具体负责无证无档离岗乡村医生的身份及服务年限乡级认定工作。具体流程如下。

1. 个人申请。从即日起到2022年8月31日止，符合条件的无证无档离岗乡村医生个人向普安乡无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助工作领导小组办公室（乡卫健办）提交《云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助申请表》（附件1）和《云阳县无证无档离岗乡村医生身份和服务年限认定证人证词》（附件2，最少3份），证人证词采取“三同期”原则，即经无利益关系的本村或邻村同期乡村医生、原执业所在地乡镇（中心）卫生院（社区卫生服务中心）同期工作人员、原执业所在地村（社区）同期干部至少3人以上分别出具。

（二）调查初审。

1. 材料预审。乡无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助工作领导小组办公室收到申请后及时登记，并对《云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助申请表》和《云阳县无证无档离岗乡村医生身份和服务年限认定证人证词》进行材料预审，在1天之内将申请人的《云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助申请表》、《云阳县无证无档离岗乡村医生身份和服务年限认定证人证词》和材料预审情况交由对应的调查工作组开展调查核实工作，作好资料移交登记工作。

2. 调查核实。调查工作组在接到调查核实任务后10天之内完成调查核实工作并将调查核实的《云阳县无证无档离岗乡村医生身份和服务年限认定组织查证记录表》（附件3，最少要调查6人、填写6份）及申请人的《云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助申请表》、《云阳县无证无档离岗乡村医生身份和服务年限认定证人证词》一并交由乡复核审查组，作好移交登记，同时在10天之内完成乡级复核。

3. 审核上报。乡复核审查完成后将申请人所有的资料报乡无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助工作领导小组审核，确定本乡拟补助无证无档离岗乡村医生，由乡领导小组办公室将《云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助人员花名册》（附件4）和《云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助统计表》（附件5）及申请人提交的材料、调查工作组的调查材料按照一人一档单独成册整理后报县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助工作领导小组办公室。全乡调查初审的所有工作务必在2022年8月31日前完成。

（三）县复核审查。云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助工作领导小组办公室对乡镇调查材料及申请人的情况逐一复核，对复核中发现弄虚作假的，将退回重审，并移交相关部门处理。

（四）公示审定。经复核审查后确定的无证无档离岗乡村医生，在县人民政府公众信息网公示，同时在乡、村（社区）分别公示10个工作日，无异议后报云阳县离岗乡村医生养老和医疗补助工作领导小组进行审定。

（五）兑现补助。县人力社保局、县财政局负责办理养老保险和医疗补助发放相关工作，确保无证无档离岗乡村医生的补助及时兑现。

三、补助标准

经审核认定的无证无档离岗乡村医生，发放养老保险一次性定额补助和医疗补贴。其中，养老保险一次性定额补助用于个人参保缴费，标准为每服务一年补助600元；医疗补贴为每服务一年每月补贴10元，按月发放。

四、参保及发放办法

按《云阳县卫生和计划生育委员会 云阳县财政局 云阳县人力资源和社会保障局关于印发云阳县离岗乡村医生养老和医疗补助工作实施方案的通知》（云卫计发〔2017〕83号）文件执行。

五、工作要求

（一）加强领导，落实责任。成立以乡政府主要领导为组长，分管卫健、信访工作的领导和卫生院负责人为副组长，乡社事办、卫健办、财政办、平安办负责人，各村（社区）支书为成员的乡无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助工作领导小组，统筹推进无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助工作。同时，领导小组下设办公室、政策宣传组、调查工作组、复核审查组、信访维稳组，并按照职责分工开展工作。

（三）严肃纪律，维护稳定。在实施过程中，各村（社区）、乡卫生院，以及参与无证无档离岗乡村医生身份和服务年限认定的查证、复审、公示、监督等人员，要严格按照政策规定执行。在身份和年限认定、审核及参保、发放等各工作环节，严格做到公开、公平、公正，严格遵守相关程序和规定。对弄虚作假、徇私舞弊等违法违规行为，对当事人严肃处理，及时纠正，取消相关申请人享受养老和医疗补助的资格。同时按有关规定追究责任，并移交有关单位调查处理。各村（社区）对政策实施过程中出现的新情况、新问题，要加强舆情研判和引导，做好政策解释，并有针对性的制定风险预案，加强风险管控，切实把好事办好、实事做实，确保社会稳定。

附件：1. 云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助申

请表

2. 云阳县无证无档离岗乡村医生身份和服务年限认

定证人证词

3. 云阳县无证无档离岗乡村医生身份和服务年限认

定组织查证记录表

4. 云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助人

员名册

5. 云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助统

计表

普安乡人民政府 2022年4月26日印发

附件1

云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 | |  | | | 出生年月 |  | | （1寸免冠彩照） | |
| 户口性质（选择打√） | | | □农 业  □非农业 | | | | 身份证号码 | |  | |
| 现户籍所在地 | | | |  | | | 原执业所在地 | |  | |
| 家庭住址 | | | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 参保情况  （选择打√） | | | | □城乡居民养老保险 □城镇企业职工养老保险 □超龄人员养老保险  □其他 □尚未参保 | | | | | | | | |
| 师从何人或学医经历 | | | | | |  | | | | | | |
| 进入乡村医生  岗位时间 | | | |  | | 离开乡村医生  岗位时间 | |  | | 实际从事乡村医生工作时间 | | 年 |
| 乡村医生岗位以来的主要经历 | 何年何月至何年何月 | | | | | 何村卫生室任何职 | | 服务实际  时间 | | 原始证明材料 | | 证明人签字及联系电话 |
|  | | | | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | |  | |  | |  | |  |
| 个人承诺 | | | | 以上所填内容属实，若有虚假，后果自负。  本人签字（手印）： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 组织审查意见 | 原服务村卫生室村委会（居委会）审核意见 | | | 经审核，属于发放对象，服务年限 年。  负责人（签章）：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）审核意见 | | | 经审核，属于发放对象，服务年限 年。  负责人（签章）：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在乡镇人民政府（街道办事处）审核意见 | | | 经审核，属于发放对象，服务年限 年。  负责人（签章）：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在区县（自治县）卫生健康行政部门审核意见 | | | 经审核，属于发放对象，服务年限 年，一次性定额补助金额元，医疗补贴金额每月 元。  负责人（签章）：   （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在区县（自治县）人民政府审定意见 | | | 经审定，属于发放对象，服务年限 年，一次性定额补助金额 元，医疗补贴金额每月 元。  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | |

说明：1. “出生年月”“进入乡村医生岗位时间”“离开乡村医生岗位时间”填写格式为“XXXX.XX”

如：1954年5月填为“1954.05”。

1. “原执业所在地”应填写XX区县XX乡镇XX村卫生室。所填行政村卫生室包括目前尚

在和已撤销、更名或行政区划调整的行政村卫生室。如果为后者，则填原执业期间所在

区县乡镇行政村。

3. 原始证明材料：指申请人身份证、户口本或身份证原件及复印件。

4. 此表一式两份，分别由区县（自治县）卫生健康行政部门和申请人留存。

附件2

云阳县无证无档离岗乡村医生身份和

服务年限认定证人证词

出证人基本情况：

姓名 ，性别 ，身份证号码 ，职业 ，工作单位 ，联系电话 ，现住址 。

证明内容：

我与被证明人 （身份证号： ）系同期村医（村干部或卫生院工作人员或村民）关系。我证明被证明人于 年 月至 年 月，（连续、间断）在 卫生室（卫生服务站）从事医疗服务总时间为 年（连续从事乡村医生工作满1年及以上的，可按实际工作时间计算服务年限。不同时段的实际时间可以累加，累计尾数不足1年的按1年计算），证明情况属实，如提供虚假证明，本人愿承担相关责任。

特此证明

证明人签字（按手印）：

年 月 日

附件3

云阳县无证无档离岗乡村医生身份和服务年限认定组织查证记录表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 记录时间 | 年 月 日 | | | | 记录地点 | |  | | | |
| 申请人姓名 |  | | 性别 |  | 服务村卫生室 | | |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| 证明人姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | | 身份证号码 |  | |
| 证明人现单位及职务 |  | | | | | | | 联系电话 |  | |
| 查证方式 |  | | | | | | | | | |
| 问：你认识申请人 吗？你与申请人 是什么关系？ | | | | | | | | | | |
| 答： | | | | | | | | | | |
| 问： 年 月你为 提供的无证无档离岗乡村医生身份和服务年限认定证人证词是否属实（同期村民且未提供证人证词的不问）？ | | | | | | | | | | |
| 答： | | | | | | | | | | |
| 问：请你介绍一下申请人服务情况。申请人 是何年何月进入村卫生室从事医疗服务工作的，村卫生室在什么地方？申请人主要做什么工作（医生、拿药、接生）？ | | | | | | | | | | |
| 答： | | | | | | | | | | |
| 问：申请人是个人单干还是和其他人在一起合伙？合伙人有哪些？ | | | | | | | | | | |
| 答： | | | | | | | | | | |
| 问：申请人是何年何月何原因离开村卫生室（卫生服务站）的？ | | | | | | | | | | |
| 答： | | | | | | | | | | |
| 证明人承诺：本人对以上所述内容的真实性负责，若有虚假，本人依法承担相关责任。 | | | | | | | | | | |
| 证明人签字（捺印）： | | | | | | | 年 月 日 | | | |
| 调查小 组人员 签字： | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | 年 月 日 | | | |

附件4

云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助人员名册

填报乡镇（街道）（盖章）： 主要负责人（签章）： 分管负责人（签章）： 填报人： 联系电话： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 出生  年月 | 身份证号码 | 户籍性质 | 户籍所在省市、区县 | 家庭现住址 | 进入乡村医生岗位时 间 | 离开乡村医生岗位时 间 | 原服务  村卫生室 | 现所在行政村（居委会） | 参保  情况 | 服务  年限 | 一次性定额补助金额 | 医疗补贴  每月金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1.此表按“户籍迁移市外”“市内跨区县”“本区县”三类分别填写，每类一式三份，区县（自治县）卫生行政部门、财政部门、社会保险机构各一份。

2.参保情况：城乡居民养老保险，城镇企业职工养老保险，超龄人员养老保险，其他，尚未参保。填写序号。

附件5

云阳县无证无档离岗乡村医生养老和医疗补助统计表

填报乡镇（街道）（盖章）： 主要负责人（签章）： 分管负责人（签章）： 填报人： 联系电话： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申 请  补 助  总人数 | 补 助 人 员 情 况 | | | | | | | | | | 补 助 金 额 | | | | | | 备注 |
| 实际  补助  总人数 | 户 籍 | | | 性 别 | | 年 龄 | | 平均年龄 | 平均服务年限 | 一次性定额补助（万元） | | | | 医疗补贴 （万元） | |
| 户籍迁移到市外人数 | 市 内  跨区县  人 数 | 本区县人 数 | 男 | 女 | 60周岁以下人数 | 60周岁及以上人数 | 总金额 | 户籍迁移到市外人员补助 | 市内跨区县人员补助 | 本区县人 员  补 助 | 按月 计发 补贴 | 按余命年限12年一次性计发补贴 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |