附件1

**德阳市住房公积金提取委托代办书**

本人\_\_\_\_\_\_\_\_身份证号（\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_不能亲自到德阳住房公积金管理中心办理住房提取业务，兹授权委托\_\_\_\_\_\_\_\_\_先生/女士（身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）代办\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_提取事项。受托人办理提取业务的一切事项，包括但不限于代为签字、填写资料、提交资料、领取资料等，我均承认，由此产生的一切后果均由本人承担。

授权期限：本授权委托书签字之日起至代理事项办理完毕之日止。

委托人：

时间：

附件2

**单身声明**

本人\_\_\_\_\_\_(身份证件号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_向德阳住房公积金中心申请提取住房公积金，特此声明：

申请人目前婚姻状况为单身，无配偶（□未婚/□离异未再婚/□丧偶），同意并授权德阳住房公积金管理中心在受理提取业务时向民政部门查询婚姻信息。

申请人保证上述声明真实无误，如存在虚假、隐瞒等行为，申请人同意按有关政策法规规定退还所提取住房公积金，并承担因不实声明造成的一切后果及责任。

**申请人已认真阅读上述内容并同意，确认签字：**

**年 月 日**

附件3

**重大疾病种类**

1.恶性肿瘤---不包括部分早期恶性肿瘤

2.急性心肌梗塞

3.[脑中风后遗症](https://www.baidu.com/s?wd=%E8%84%91%E4%B8%AD%E9%A3%8E%E5%90%8E%E9%81%97%E7%97%87&tn=SE_PcZhidaonwhc_ngpagmjz&rsv_dl=gh_pc_zhidao" \t "_blank)---永久性的功能障碍

4.重大器官移植术或[造血干细胞移植术](https://www.baidu.com/s?wd=%E9%80%A0%E8%A1%80%E5%B9%B2%E7%BB%86%E8%83%9E%E7%A7%BB%E6%A4%8D%E6%9C%AF&tn=SE_PcZhidaonwhc_ngpagmjz&rsv_dl=gh_pc_zhidao" \t "_blank)---须异体移植手术

5.冠状动脉搭桥术(或称冠状动脉旁路移植术)---须[开胸手术](https://www.baidu.com/s?wd=%E5%BC%80%E8%83%B8%E6%89%8B%E6%9C%AF&tn=SE_PcZhidaonwhc_ngpagmjz&rsv_dl=gh_pc_zhidao" \t "_blank)

6.[终末期肾病](https://www.baidu.com/s?wd=%E7%BB%88%E6%9C%AB%E6%9C%9F%E8%82%BE%E7%97%85&tn=SE_PcZhidaonwhc_ngpagmjz&rsv_dl=gh_pc_zhidao" \t "_blank)（或称慢性肾功能衰竭尿毒症期）---须透析治疗或肾脏移植手术

7.多个肢体缺失---完全性断离

8.急性或亚急性重症肝炎

9.良性脑肿瘤---须[开颅手术](https://www.baidu.com/s?wd=%E5%BC%80%E9%A2%85%E6%89%8B%E6%9C%AF&tn=SE_PcZhidaonwhc_ngpagmjz&rsv_dl=gh_pc_zhidao" \t "_blank)或[放射治疗](https://www.baidu.com/s?wd=%E6%94%BE%E5%B0%84%E6%B2%BB%E7%96%97&tn=SE_PcZhidaonwhc_ngpagmjz&rsv_dl=gh_pc_zhidao" \t "_blank)

10.慢性[肝功能衰竭](https://www.baidu.com/s?wd=%E8%82%9D%E5%8A%9F%E8%83%BD%E8%A1%B0%E7%AB%AD&tn=SE_PcZhidaonwhc_ngpagmjz&rsv_dl=gh_pc_zhidao" \t "_blank)失代偿期---不包括酗酒或药物滥用所致

11.[脑炎后遗症](https://www.baidu.com/s?wd=%E8%84%91%E7%82%8E%E5%90%8E%E9%81%97%E7%97%87&tn=SE_PcZhidaonwhc_ngpagmjz&rsv_dl=gh_pc_zhidao" \t "_blank)或[脑膜炎](https://www.baidu.com/s?wd=%E8%84%91%E8%86%9C%E7%82%8E&tn=SE_PcZhidaonwhc_ngpagmjz&rsv_dl=gh_pc_zhidao" \t "_blank)后遗症---永久性的功能障碍

12.深度昏迷---不包括酗酒或药物滥用所致

13.双耳失聪---永久不可逆

14.双目失明---永久不可逆

15.瘫痪---永久完全

16.[心脏瓣膜手术](https://www.baidu.com/s?wd=%E5%BF%83%E8%84%8F%E7%93%A3%E8%86%9C%E6%89%8B%E6%9C%AF&tn=SE_PcZhidaonwhc_ngpagmjz&rsv_dl=gh_pc_zhidao" \t "_blank)---须[开胸手术](https://www.baidu.com/s?wd=%E5%BC%80%E8%83%B8%E6%89%8B%E6%9C%AF&tn=SE_PcZhidaonwhc_ngpagmjz&rsv_dl=gh_pc_zhidao" \t "_blank)

17.严重阿尔茨海默病---自主生活能力完全丧失

18.严重脑损伤---永久性的功能障碍

19.严重帕金森病---自主生活能力完全丧失

20.严重III度烧伤---至少达体表面积的20%

21.严重原发性肺动脉高压---有心力衰竭表现

22.严重运动神经元病---自主生活能力完全丧失

23.语言能力丧失---完全丧失且积极治疗至少12个月

24.重型再生障碍性贫血

25.主动脉手术---须开胸或开腹手术

其他重大疾病上报经研究后酌情处理。

附件4

**住房公积金继承承诺书**

申请提取人（本人）： 身份证号：

死亡（或被宣告死亡）职工： 身份证号：

提取金额：

本人作为死亡职工的：第一顺序法定继承人之一/

第二顺序法定继承人之一/遗嘱继承人之一/受遗赠人之一/其他（ ），现申请办理死亡职工的住房公积金销户提取业务，并郑重承诺：

一、被继承人死亡（或被宣告死亡）后未留下任何遗嘱，现（无其他继承人/与其他继承人协商达成协议）。

二、本人承诺所提交的所有证明材料真实有效。

三、今后因死亡职工住房公积金继承问题引起的一切纠纷，由本人承担一切经济和法律责任。

申请提取人：

时间：