佛山市慈善会关爱困难优抚对象目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申**  **请**  **人**  **情**  **况** | 姓名 | |  | | | | 出生年月 | | | | |  | | | | | | 年龄 | | | |  | | | | |
| 申请人身份 | | □退役军人□现役军人家属 □烈士遗属 □因公牺牲军人遗属  □病故军人遗属 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |  | | |  | |  |  |  |
| 联系地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **代申请人情况** | 姓名 | |  | | | | | | 与申请人关系 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 身份证号 | |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  | |  |  |  | | |  | |  |  |  |
| 联系电话 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **家**  **庭**  **情**  **况** | 户口所在地 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭人均月收入 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭情况说明（家庭经济情况、主要困难等，可另附页） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **主**  **要**  **家**  **庭**  **成**  **员**  **情**  **况** | 姓名 | 年龄 | 与申请人关系 | | | 工作单位 | | | | | | | | | | 个人月工资收入 | | | | | | | 其他收入 | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |
| **申请人患病情况** | 疾病全称 | |  | | | | | | 确诊时间 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 确诊医院 | |  | | | | | | 实际治疗费用 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 医保和其他保险报销金额 | |  | | | | | | 个人自费金额 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **受资助情况** | 申请本项目次数及申请日期 | |  | | | | | | | | | | | 累计获得本项目救助金额（元） | | | | | |  | | | | | | |
| 接受其他资助  情况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **账户**  **信息** | 开户行名称 | | 银行 市 支行 | | | | | | | | | | | 账户名称 | | | | | | |  | | | | | |
| 存折（卡）账号 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人**  **声明** | 因患病存在经济困难，特申请佛山市慈善会关爱困难优抚对象项目救助。本人保证提供的信息和资料真实、合法和完整，所得救助金将用于申请用途，如有虚假，本人愿意承担相应法律责任，并退回已收取的款项。  申请人或代申请人签名（并按捺指模）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **项目评审委员会审核意见** | 经评审委员会审核，申请人 符合救助条件，根据《佛山市慈善会关爱困难优抚对象项目管理细则》相关规定，拟同意救助 元。  经办人签名： （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **市慈善会秘书处意见** | 审核通过，根据《佛山市慈善会关爱困难优抚对象项目管理细则》相关规定，  同意救助 元。  经办人签名： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **备注** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**填表说明：**

1.此表由申请人或代申请人填写，一式两份附加以下清晰佐证材料（复印件须查验人核对原件后签名确认）一并上报：①申请人身份证（或户口簿）、代申请人身份证（正反面复印）。②家庭成员户口簿。③申请人为现役军人家属需提供现役军人家属等相关身份有效证明复印件；申请人为退役军人需提供退役军人证（退役军人登记表）等相关身份有效证明复印件；申请人为烈士遗属、因公牺牲军人遗属、病故军人遗属需提供优抚证或《烈士证明书》《军人因公牺牲证明书》《军人病故证明书》等相关身份有效证明材料复印件。④家庭生活困难情况说明材料原件、家庭成员所属单位出具的收入证明原件。⑤医疗费用资料（包含疾病诊断证明和出院小结，医疗费用收据和社保（医保）经办机构出具的医疗费用结算单及其他补充医疗保险理赔通知书等复印件）。⑥申请人或监护人银行卡。

2.个人自费部分医疗费用核算标准：发票总金额-医保统筹基金-其他补充医疗保险理赔金额-其他社会性、福利性救助金额=个人自费部分金额

3.申请人或代申请人须对填写资料的真实性负责，经审核发现与事实不符的责任自负。

4.佛山市慈善会地址：佛山市禅城区金鱼街49号二座通济楼2楼佛山市慈善会

电话：0757-83035554。