|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **舟山市慈善总会“普济生命慈光”大病救助项目申请表** | | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 申请人姓名 |  | 工作单位或原工作单位 |  | | 属何种困难户 |  | |
| 家庭地址 |  | | | | 联系电话 |  | |
| 何时起患何种疾病 |  | | | 现住何医院、何时入院 | |  | |
| 家 庭 经 济 情 况 | 家庭成员 姓名 | 出生 年月 | 单位（或 原单位） | 身体状况 | 年收入 （元） | 年支出 （元） | 与申请人关系 |
| 申请人： |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 申请 救助 理由 |  | | | | | | |
|
| 乡（镇）或街道审核 意见 | 所在慈善联络站 负责人签名：  年 月 日 联系电话 | | | 单位盖章 经办人签名：  年 月 日 联系电话 | | | |
| 县（区）慈善总会审核意见 | 单位盖章 负责人签名： 经办人签名：  年 月 日 联系电话 | | | | | | |
| 秘书长办公会议审核意见 | 秘书长签名：  年 月 日 | | | | | | |
| 会长审批 意见 | 年 月 日 | | | | | | |
| 注：  1、申请人先把表填好，同时要附上身份证、户口薄、困难证、因病因灾等证明、医疗费用开支清单等复印件，经审核单位逐级审核，提出救助意见后，送本会基金项目救助部；  2、救助金的发放一般采取银行汇款的方式，申请人需提供本人开户银行名称及账号；如若需领取现金，一律凭本人身份证；如委托他人领取，还需提供委托领取人身份证。 | | | | | | | |

**申请人承诺书**

1. 本人在救助申请表中所填写的各项内容真实，不存在隐瞒、虚报家庭真实收入、财产、支出等行为。若被查出存在以上失信行为，则自愿退回救助款物并接受相关部门的依法依规处理。

二、根据中华人民共和国民政部《公益慈善捐助信息公开指引》第二章信息公开基本原则第九条“公开为惯例不公开为特例”的原则，同意对本人姓名、性别、年龄、家庭困难情况、救助金额或物资等情况，在领到救助金或物资以后，由市慈善总会在一定场合内公开。

申请人签名：

时 间：