鄂尔多斯市红十字会人道救助申请表

（编号：20 年第 号）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 年龄 |  | 身份证号 |  |
| 单位名称 |  | 人员性质 | 🞎在职人员🞎离退休人员🞎家庭成员 |
| 户籍所在地 |  | 手 机 |  |
| 家庭成员情 况 | 姓 名 | 年龄 | 与申请人关系 | 工作或学习单位 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭经济状 况 | 主要收入来源 |  |
| 家庭年收入 |  | 人均年收入 |  |
| 申请人情况简 述 | 1.申请人患重大疾病(或发生突发事件)的时间： 年 月 日，确诊医院(或证明单位)： ，确诊病型(或具体事件)： ；2.目前就治医院： ；3.治疗效果(事件处置情况)： ；4.费用情况：治疗总费用 元，医保报销 元，其他救助 元，自费 元，完成治疗还需要 元；5.银行信息：开户银行全称 ，开户名称 ，账号 。申请人或监护人承诺以上事项真实并签名：  年 月 日 |
| 申请单位初审意见 | 经初审，申请人符合人道救助条件，提供的申请材料真实有效，同意上报。（公章）初审人： 联系电话： 年 月 日 |
| 市红十字会审核意见 | （公章）审核人： 核准人： 年 月 日 |

申报须知

1.《鄂尔多斯市红十字会人道救助申请表》由鄂尔多斯市红十字会印制并负责解释。

2.申请人须提供以下申请材料：

（1）申请单位公函；

（2）申请人的身份证或户口簿复印件，申请人非受益人的，需提供相关佐证材料；

（3）因突发意外事件申请的，还须提供相关单位出具的受灾情况说明及灾情图片；因患重大疾病申请的，还须提供县级以上医疗机构的诊断证明原件和复印件、住院病案首页复印件等证明材料；

（4）申请人的银行卡正反面复印件，并注明开户银行全称。

3.申请表由申请人本人或其法定监护人填写，并保证所有申报材料的真实性和完整性；申请单位负有材料初审和监督的义务。

4.本申请表的递交并不代表一定能获得救助，申请材料一经递交不予退回。

5.通过最终审核的救助对象名单将在鄂尔多斯市红十字会官方网站上公示，请申请人注意查询。

6.采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取人道救助资金或物资的，市红十字会将取消受助资格，责令退回非法获取的救助资金或物资；情节严重的，依法追究法律责任。

7.获得救助的申请人或监护人有义务为市红十字会提供必要的文字、照片、影像等资料，配合相关公益宣传和采访活动，并同意使用申请人照片、影像等资料。

8.获得救助的申请人或监护人有义务配合第三方调查机构回访核实，并如实说明情况。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

申请人或代办人签名：

与受助人关系： 联系电话：

年 月 日