**申请救助家庭经济状况查询核对委托书**

本人姓名 ，现申请鹤山市红十字会的医疗救助。

本人及共同生活的其他家庭成员授权、委托医疗救助审核、审批机关及其指定的收入核对机构对本家庭成员的收入和家庭财产情况的相关信息进行核对，包括但不限于入户调查和到公安、人力资源社会保障、住建、交通、市场监管、税务、自然资源、公积金中心、银行、保险、证券等部门、机构进行核查和信息比对。授权有效期从本人提出申请之日起至审批完成之日止。

本人及其他共同生活家庭成员保证，所提供的全部信息真实、完整，愿意接受有关部门调查，并自愿接受纳入信用信息共享平台实施联合惩戒等措施，自愿承担相应法律责任。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 承诺及授权人 | 身份证号码 | 签字（按捺指纹） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注：有民事行为能力的救助申请家庭成员应当由本人签字并按捺指纹，无民事行为能力的救助申请家庭成员应当由监护人签字并按捺指纹。