**鹤山市红十字会救助申请审批表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人情况 | 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  年 月 | 家庭人口 |  |
| 身份证号 码 |  | 政治面貌 |  | 是否持有低保或五保证 |  |
| 工作单位 |  | 月收入 |  |
| 户籍地址 |  | 联系电话 |  |
| 家庭成员情况 | 姓 名 | 年龄 | 关系 | 健康 | 工作（学习）单位 | 目前就业状况 | 政治面貌 | 月收入 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申请救助理由 | 申请人签名： 年 月 日 |
| 户口所在地居（村）委会调查意见 | （盖章）年 月 日 |
| 镇、街审核意见 |    签名：（盖章）年 月 日 |
| 市红十字会办公室审核意见 |  签名：年 月 日 |
| 市红十字会副会长审批意见 |    签名： 年 月 日 |
| 市红十字会会长审批意见 |  签名： （盖章）年 月 日 |

救助申请须知

1、本救助对象为全市重大疾病患者；

2、申请资料一式一份，所有资料必须真实、完整，包括：除完整填写《鹤山市红十字会救助申请审批表》外，须附有申请书、患者及其法定监护人的身份证、户口本复印件（所有家庭成员）、接受救助款的银行卡或存折复印件。患者的诊断证明、医疗收据等相关资料。

申请人如果是低保、五保户，需影印证件附上；

3、获得资助的患者及其监护人有责任和义务配合市红十字会对有关该患者的公益宣传和采访活动，并同意使用该患者相关的照片、影像等资料；

4、本申请表的递交并不代表已经评审获得医疗救助。