**“关爱生命”重大疾病困难群众救助项目申请表**

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 |  | 是否低保户或特困人员 |  |
| 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 | 健康状况 | 工作（学习）单位 | 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 |   领导签名：（盖章）年 月 日 |
| 市红十字会经办人意见 | 签名：年 月 日 |
| 市红十字会分管领导审核意见 |  签名：年 月 日 |
| 市红十字会常务副会长审核意见 |    签名： 年 月 日 |
| 市红十字会会长审批意见 |  签名： （盖章）年 月 日 |

注：为了配合宣传，受助群众有责任和义务向市红十字会提供并授权使用必要的照片、文字、视频、影像等相关资料。

**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重大疾病医疗救助， 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人及共同生活家庭成员对以下事项进行查询核对：

本人及家庭成员的收入和家庭财产情况的相关信息，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，限制民事行为能力或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。