附件

**山东省红十字会人道救助申请表**

照片

编号：  **No.：**

姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日

通信地址： 省 市（县）

邮编：

联系人： 与救助人关系

电话、手机： 电子邮件：

申报日期： 年 月 日

**申 报 须 知**

1. 本申请表由山东省红十字会印制并负责解释；
2. 救助对象为因感染新冠肺炎陷入困境的本省困难群众；
3. 所有申报资料由患者或其法定监护人、近亲属负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；
4. 本申报表的递交并不表明肯定获得资助；
5. 山东省红十字会与捐赠方组成审核组负责最终申报资料的审核和建档工作；
6. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经查实不予救助，对骗取的救助资金如数追回。情节严重的，交有关部门依法处理。
7. 获得资助的患者或其监护人、近亲属均有责任和义务为山东省红十字会提供必要的文字、照片、影像等资料，配合山东省红十字会的宣传和采访活动，并同意使用其照片、影像等资料。

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。

患者或其监护人签字：

年 月 日

**资 助 申 请 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | | | |
| 出生日期 | 年 月 日 | | | 民 族 | |  | | | |
| 户口所在地 | 省（市） 市（县） | | | | | | | | |
| 户口类型：□农户 □非农户 | | | | | | | | | |
| **家庭及所在地区情况** | | | | | | | | | |
| 家庭年总收入 | |  | | 家庭人口 | | | | |  |
| 家庭劳动力人口 | |  | | 当地人均年收入 | | | | |  |
| 家庭所在地区村（居）委会或乡（镇）  政府意见 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| 负责人 |  | | 电话 | | |  | |
| 申请人家庭所在地  县、市级红十字会意见 | | 年 月 日 | | | | | 年 月 日 | | |
| 省红十字会意见 | | 年 月 日 | | | | | | | |
| **患者具体情况介绍：**(请尽可能详细一些) | | | | | | | | | |
| 申请人所需提供的相关材料 | | | | | | | | | |
| **一、申请人身份证和户口簿的原件或复印件；由他人代办申请手续的，需提供申请人及代办人身份证和户口簿的原件或复印件；**  **二、村（居）民委员会加盖公章的贫困证明；**  **三、新冠肺炎定点医院的诊断病历、诊断证明和住院凭证；**  **四、提供申请人银行账户（银行卡、存款折复印件）。** | | | | | | | | | |

山东省红十字会

地址：济南市奥体中路5316号 邮编：250101 电话：0531—85599992