附件

**邻水县红十字会**

**贫困老师人道救助申请表**

申请人姓名： 性别： 身份证号码：

家庭电话： 手机：

工作单位：

通讯地址：

邮编：

年 月 日

邻水县红十字会贫困老师人道救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | | |  | | 民族 |  |
| 家庭  成员  情况 | 姓名 | 年龄 | 与申请人  关系 | | 身份证号码 | | | | 工作或学习单位 | |
|  |  |  | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | |
|  |  |  | |  | | | |  | |
| 家庭  经济  状况 | 户籍性质 | A．农业 B．非农业 | | | | 家庭人口总数 | | |  | |
| 主要收入来源 |  | | | | | | | | |
| 家庭  年收入 |  | | | | 人均年收入 | |  | | |
| 申请救助  理由 | 申请人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 所在学校  意见 | 加盖公章  联系电话  年 月 日 |
| 县红十字会意见 | 加盖公章  联系电话  年 月 日 |

申请人所需提供的身份及证明材料：

1.提供本人户口本、身份证原件（用于验证）及复印件各一份；本人或亲属银行卡复印件（注明开户银行）一份，使用亲属银行卡接收救助的，要由申请人写书面说明并按手印；

2.因重大疾病申请人道救助的人员需提供二级甲等以上医疗机构的诊断证明原件、住院病案首页及相关医疗情况材料、医疗费用报销材料（含住院医疗发票复印件、医疗保险结算单及其他相关单据等）；

3.造血干细胞捐献登记荣誉证（或捐献证书、血样入库证明材料），遗体及人体器官（组织）捐献证明材料、无偿献血证、红十字志愿者证、困难家庭证明（指家庭成员中有重度、极重度残疾人，智力和精神残疾三级残疾人证件）资料等。

4.因其它原因（如意外、灾害等）致困家庭需提供由工作单位出具的相关证明材料。