

湖北省红十字基金会 博爱之希公益计划资助申请表

申请人姓名：_____ 性别：_____ 身份证号码：_____

监护人姓名：_____ 与申请人关系：_____

家庭电话：_____ 手机：_____

户籍所在地：_____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

通讯地址：_____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

邮 编：_____

申请日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

申报须知

1. 本申请表由湖北省红十字基金会（简称省红基会）根据《湖北省红十字基金会项目管理办法（暂行）》印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为湖北省**家庭困难的癌症患者**。资助标准为**3000元/人**。
3. 本申请表由申请人或法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。
4. 申请人申报资料须经户籍所在地村委会审核后逐级申报，并由市（州）红十字会将相关信息报至省红基会，省红基会不直接受理个人提交的资助申请。
5. 本申请表的递交并不**代表可以获得救助**，申请资料一经递交**不予退回**。
6. 通过审批确定的救助对象名单在省红基会官方网站上公示无异议后，向申请人拨付资助款。请申请人及监护人注意查收。
7. 大病救助项目为一次性救助，对已获得一次救助的患者**不受理重复申请**。**社会定向捐助的患者除外**。
8. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，省红基会保留依法追索救助款的权利。
9. 申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方明确责任，省红基会不承担任何责任。
10. 获得救助的申请人及监护人有责任和义务为配合项目宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，并同意使用申请人照片、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。

申请人或监护人签名：

博爱之希公益计划资助申请表

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
家庭成员情况	姓名	年龄	与申请人关系	身份证号	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			
申请医疗情况简述	<p>1. 申请人确诊时间：__年__月__日，确诊医院：_____；</p> <p>2. ①是否做过手术：_____；已花费多少费用：_____；</p> <p style="padding-left: 2em;">②是否需要手术：_____；预计需要多少费用：_____；</p> <p>3. 申请人是否有医疗保险？如有，具体报销比例是多少？</p>						

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料粘贴页

1. **身份证明材料：** 申请人及监护人户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生医学证明或派出所开具的监护关系证明。
2. **病情证明材料：** 须提供能证明最新病情医学诊断（检查）报告单。
3. **治疗发票：** 须提供自费医疗收费票据原件或复印件。
4. **银行卡信息：** 以受助人姓名开立的银行卡或存折首页复印件，必须在复印件上清楚写明账户名称、银行卡号、开户行具体网点名称（如：张三、卡号、中国邮政某某乡镇（路）支所/支行）。

以上证明材料另附，与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。

<p>村委会 (居委会) 意见</p>	<p>(申请人家庭情况是否属实)</p> <p>负责人签名: _____ 联系电话: _____</p> <p style="text-align: right;">(单位公章) 年 月 日</p>
<p>县(市)级 红十字会 初审意见</p>	<p>负责人签名: _____ 联系电话: _____</p> <p style="text-align: right;">(单位公章) 年 月 日</p>
<p>市(州)红十 字会初审意见</p>	<p>负责人签名: _____ 联系电话: _____</p> <p style="text-align: right;">(单位公章) 年 月 日</p>
<p>省红十字基金 会复审意见</p>	<p>负责人签名: _____ 联系电话: _____</p> <p style="text-align: right;">(单位公章) 年 月 日</p>