**河北进德公益基金会肿瘤扶贫救助申请审批表**

编号： 【**以下内容由求援者或其监护人填写**（**请用黑色或者蓝黑色墨水笔书写**）】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 | |  | |  | |  |  |  | | |  | |  | |  |  | |  | | |  |  |  |  | |  |  |  |  |
| 姓名 | |  | | | | | 性别 | |  | | | 民族 | | |  | 年龄 | | |  | | | 信仰 | |  | | | | | |
| 文化程度 | |  | | | | | 职业 | |  | | | 电话 | | | 1、 2、 3、 | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 患何病： | | | | | | | | | | | | | | | | | 患病时间： | | | | | | | | | | | | |
| 已花费医疗费： | | | | | | | | | | | | | | | | | 仍需医疗费用数额： | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员有无残疾患病 | | | □残疾（何种残疾： ） | | | | | | | | | | | | | | □长期患病（患何病： ） | | | | | | | | | | | | |
| □学生（就读年级： ） | | | | | | | | | | | | | | 请在相应的 □ 内打“√ ” | | | | | | | | | | | | |
| 家庭收入 | | | □务农 □打工 □工薪 □经商 □其它 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员 | | | 称谓 | | 姓名 | | | | | 年龄 | | | | 身体状况 | | | | | | 年收入 | | | | | 年支出 | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| **申请人已得到救助情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国家 | | | □五保 □低保 □医保 □新农合 □大病救助及金额： □ 无 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位 | | | □单位捐赠（金额： ） □单位个人捐赠（金额： ） □ 无 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他机构或个人捐赠 | | | □其他机构捐赠（机构名称： 金额： ） □个人捐赠（金额： ） □ 无 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人需提交资料（资料不全，恕不受理！）** | | | 1. **乡、镇一级民政部门出具的家庭贫困证明信一份（必须提交原件）；**   **2、申请人身份证正反面（无身份证者，请附申请人户口本户主页和本人页）一份；**  **3、病人就医前和就医时照片5-8张。**  **【除1项必须提交原件外；2、3项均可扫描或手机拍照后发至进德公益邮箱：[info@jinde.org](mailto:info@jinde.org) 】** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人声明**  **本申请表所填写内容均为我个人的真实信息，所提交的身份证明文件和照片真实、有效。本人同意贵机构将我提供的上述信息登报，并上网求援。如有任何虚假信息导致贵机构损失的，本人将承担全部法律责任，与贵机构无关！**  **申请人或监护人签名：**  **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 以下内容由求援人、推荐人、进德工作人员及医院专家填写 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **尊敬的推荐人：**  **肿瘤扶贫救助资金为爱心人士无偿捐献，专为家庭特别贫困、无钱就医的患者提供紧急援助。请您对求援申请人严格把关，务必让爱心人士奉献的善款用于真正有需要的贫困患者身上。多谢您的合作与支持！**  **河北进德公益基金会 敬启** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 求援者贫困情况 | | 求援者个人及其家庭贫困状况（本页不够可附页）：  本人或代笔人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 推荐人意见 | | **【推荐人是指求援者本人亲属之外在当地有威望的人士，如神职人员、社会知名人士、爱心企业家等】**  推荐人签名：  （手章或手印）  联系电话：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位意见 | | 患者所在单位或村（居）委会意见：  负责人签名： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医院 | | 医院专家会诊意见：  负责人签名：  （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 进德审核 | | 驻当地项目工作人员意见：  签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 项目部审核意见：  负责人签名： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |