

## 【人人公益】乳腺癌预防救助项目申请审批表

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	<input type="checkbox"/> 残疾 (何种残疾: )						<input type="checkbox"/> 长期患病 (患何病: )									
	<input type="checkbox"/> 学生 (就读年级: )						请在相应的 <input type="checkbox"/> 内打“√”									
家庭收入	<input type="checkbox"/> 务农		<input type="checkbox"/> 打工		<input type="checkbox"/> 工薪		<input type="checkbox"/> 经商		<input type="checkbox"/> 其它							
家庭主要成员	称谓	姓名	年龄	身体状况		年收入	年支出									
<b>申请人已得到救助情况</b>																
国家	<input type="checkbox"/> 五保		<input type="checkbox"/> 低保		<input type="checkbox"/> 医保		<input type="checkbox"/> 新农合		<input type="checkbox"/> 大病救助及金额:			<input type="checkbox"/> 无				
单位	<input type="checkbox"/> 单位捐赠 (金额: )						<input type="checkbox"/> 单位个人捐赠 (金额: )			<input type="checkbox"/> 无						
其他机构或个人捐赠	<input type="checkbox"/> 其他机构捐赠 (机构名称: )						金额:									
	<input type="checkbox"/> 个人捐赠 (金额: )						<input type="checkbox"/> 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, 请附申请人户口本页和本人页) 一份; 3、病人就医前和就医时照片 5-8 张。 <b>【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: <a href="mailto:info@jinde.org">info@jinde.org</a>】</b>															
<b>本人声明</b>																
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：

乳腺癌预防救助项目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