河南省红十字基金会救助申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 身份证号 |  |
| 家庭住址 |  | 所属行政村（居委会） |  |
| 单位名称 |  | 联系电话 |  |
| 直属亲属姓名 |  | 关系 |  | 联系电话 |  |
| 接受过的其他救助（元） | （注明救助机构及金额） |
| 病情介绍 |  |
| 救助对象银行帐户 |  户　名： 　 　　  开户行：　 　 银行 支行　 账　号：　 　　　 |
| 患者承诺书（水印部分由申请人描写） | 本人对申报材料的真实性负责，如因内容虚假、伪造或隐瞒等行为造成的负面后果，由本人自行承担；已获得救助的，河南省红十字基金会保留依法追索救助款的权利。 申请人签字（手印）： |

（此页为正面）

|  |  |
| --- | --- |
| 执行机构救助资格确认 |   情况属实，同意发放救助金 元人民币。 　　 负责人签字： （盖章）： 年 月 日 |
| 省红十字基金会意见 |  　　  河南省红十字基金会 （盖章） 年 月 日 |
| 备注 | 1. 本申请表中申请人必须为受益人（困难群体本人）。
2. 需提供身份证复印件（正反面）、户口本复印件、医院诊断或住院证明（须加盖医院公章或医务处章或 医院疾病诊断证明专用章，科室和病区盖章无效）、自申请之日起两年内的住院收费票据（原件）、困难证明（证件、情况说明盖章）。
3. 本申请表的移交仅用于资料审核并不代表即可获得救助，申请资料一经递交不予退回。
4. 收到救助金后，请您及时告知所在申报单位，并有义务配合相关宣传、回访等工作。
 |