**绍兴市红十字会“护苗行动”未成年人关爱项目**

**救 助 申 报 须 知**

**（助医）**

一、本申请表由绍兴市精神文明建设指导中心联合绍兴市红十字会根据《绍兴市红十字会“护苗行动”未成年人关爱项目管理办法》制定并负责解释。

二、申请对象：未满18周岁的未成年人，含以下两种情况：

1.绍兴市户籍未成年人；

2.取得居住证的外来建设者家庭未成年人，并在绍学习生活。

三、申请条件：含以下两种情况：

1.家庭人均年收入低于2万元（含），已获得其他相关部门/机构救助后，个人仍需承担医疗费用总额（限医院门诊、住院发票）超过5万元（含）者。

2.持有低保证、低保边缘证者，已获得其他相关部门/机构救助后，个人仍需承担医疗费用总额（限医院门诊、住院发票）超过1万元（含）者。

四、符合条件的救助对象可以通过绍兴市红十字会网站（http://www.shaoxingredcross.org.cn/）下载《绍兴市红十字会“护苗行动”未成年人关爱项目（助医）申请表》，由申请人**法定监护人如实填报**（用黑色钢笔或签字笔书写），并按要求随带相关材料向基层（学校）红十字会或属地红十字会提出申请。

五、申请人及其监护人必须保证所有资料的真实性和完整性，对申报资料过程中出现弄虚作假、伪造、隐瞒等行为，一经发现不予救助；如已获得救助，绍兴市红十字会保留依法追索救助款的权利。

六、“护苗行动”未成年人关爱项目（助医）为**一次性救助**，本申请表的递交**并不代表一定能获得资助**。通过审批确定的救助对象，在保护相关隐私的前提下，将在绍兴市红十字会官方网站上进行公示。申请相关的有效资料为申请之日（含）之前一年内的资料，申请资料一经递交**不予退回。**申请人**病故后不再接受申请**。初审通过后，申请人监护人需提供**发票原件**，否则**视为主动放弃救助**。

咨询电话：0575-85080011

**我已经完全知晓以上全部条款，承诺提交的所有材料真实有效；如有作假，同意按照相关规定要求处理。（请签字人阅知后书写）**

**申请人姓名： 与监护人关系：**

**申请人监护人签字按手印**：

**年 月 日**

**申请人需提供的证明材料**

**（助医）**

|  |
| --- |
| 1.申请人及其监护人的户口簿、身份证原件及复印件；如申请人与监护人不在同一户口簿内，须提供有监护关系的材料原件及复印件（如出生证明、派出所开具的监护关系证明、法院判决书、离婚证等）；外来建设者家庭须提供申请人及监护人的居住证原件及复印件。  2.最新病情诊断证明原件（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）。  3.住院病案首页复印件（须加盖医院病案复印专用章）。  4.转账信息必须为申请人或监护人的银行卡号信息。  5.家庭主要成员薪资、退休金、养老金银行流水。  6.以上证明材料另附，请与本申请表同时提交，如需留存请自行复印备份。 |

**绍兴市红十字会“护苗行动”未成年人关爱项目**

**救 助 申 请 表**

**（助医）**

**申请日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人姓名** | |  | | | **性别** | |  | | **出生年月** | | | | | | |  | | | **民族** |  |
| **户籍（详细至村、社区）** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **现居住地址** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **身份证号** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **所在学校班级** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **联系电话** | | **手机1** | |  | | | | | | | | | **手机2** | | | |  | | | |
| **转账信息** | | **户名** | |  | | | | **卡号** | | |  | | | | | | | | | |
| **开户银行及支行** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭主要成员情况** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **姓 名** | **性别** | | **与申请人关系** | | | **工作或学习单位** | | | | | | | | **身份证号** | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | | | | |  | | | | | | |
| **家 庭**  **经 济**  **状 况** | **主要收入来源** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭**  **年收入** | |  | | | | | | | | | **人均**  **年收入** | | | | | |  | | |
| **患 病**  **诊 疗**  **情 况** | **诊断** | |  | | | | | | | | | **治疗简**  **要经过** | | | | | | **另附页** | | |
| **一个医保年度内个人承担**  **自费金额** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **基层（学校）红十字会意见** | （公章） 年 月 日 | | | | | | | | | **区、县（市）红十字会初审意见** | | | | | （公章） 年 月 日 | | | | | |
| **项目管理小组**  **审核意见** | 年 月 日 | | | | | | | | | | | **拟救助**  **金 额** | | | | | | **¥：**  **大写（人民币）** | | |
| **绍兴市**  **红十字会**  **审批意见** | （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**家庭年收入情况及已获得资助情况承诺书**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **家庭成员收入情况** | | | | |
| **姓 名** | **年龄** | **与申请人关系** | 年收入（元） | 主要收入来源 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 序号 | 提供资助的单位、网络平台、项目 | | 资助金额（元） | 与资助金相当的票据已上交 |
| 1 |  | |  |  |
| 2 |  | |  |  |
| 3 |  | |  |  |
| **填报须知：1.请按本人、配偶、父母、子女顺序填写家庭成员收入情况，若无收入来源，按0填写。2.本承诺书须在村（社区）公示3天无异议后方可提交至区、县（市）红十字会。** | | | | |
| **我承诺家庭成员收入情况及获得资助的金额已如实申报，如有不实，愿意承担相应法律后果。 承诺人签字：**  **年 月 日** | | | | |
| **该承诺书已公示3天，公示期期间无异议，绍兴市红十字会监督电话：0575-85080011。 经办人签字： 联系电话：**  **公示单位（盖章）:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **年 月 日** | | | | |