

附件 2:

六安市 2018 年“慈善救急难”项目救助申请表

申请家庭户主姓名		性别		年龄		家庭人口		户主 近期照片
身份证号码				籍贯				
工作单位 职业、职务				手机号码				
户籍地址				居住地址				
户主银行卡 账号				户主银行卡 开户行				
申请家庭其他成员情况 (包括共同生活成员及法定赡养人、抚养人、扶养人等)	姓名	与户主关系	身份证号码	身体状况	工作单位	年收入(元)	手机号码	
困难家庭类别 (勾选)	<input type="checkbox"/> 城乡低保 <input type="checkbox"/> 特困供养 (后附相应证件复印件)							
	<input type="checkbox"/> 低收入困难家庭 (后附乡镇街出具的相应证明)							
	<input type="checkbox"/> 其他特殊困难家庭 (后附乡镇街出具的相应证明)							
遭遇困难种类 (勾选其中一项)	本年度内家庭自付医疗费用达 <input type="checkbox"/> 3 万元以上 <input type="checkbox"/> 6 万元以上 <input type="checkbox"/> 15 万元以上, 经政府临时救助及其他社会帮扶后, 截止目前家庭基本生活仍然严重困难、难以维持的。(自付费用以家庭为单位统计, 后附家庭成员<可以为多个家庭成员>住院诊断、出院小结及医保结算清单, 如涉及医保结算清单外的自费器官源、特效药物等必须提供相应费用支出证明)							
	<input type="checkbox"/> 本年度 (包括往年度) 遭遇突发事件、意外伤害 (包括火灾、交通事故等天灾人祸) 造成家庭成员重大人身伤害或家庭财产重大损失, 因医治或重建家园费用支出, 经政府临时救助及其他社会帮扶后, 截止目前家庭基本生活仍然严重困难、难以维持的。(涉及医治的, 自付费用应附材料同上, 涉及重建的, 后附相应费用支出单据; 另提供所遭遇事故 (灾害) 现场责任认定或权威裁定)							
	<input type="checkbox"/> 因家庭成员身患特殊疾病需要长期维持治疗延续生命或 <input type="checkbox"/> 遭遇其他特殊困难 (不包括生产经营) 的家庭, 经政府临时救助及其他社会帮扶后, 截止目前家庭基本生活仍然严重困难、难以维持的。(涉及医治的, 自付费用应附材料同上)							
申请家庭简述遭遇的具体困难 (必须注明遭遇困难的时间节点)								
申请时间: 年 月 日								

申请家庭遭遇困难经济负担一览（此项填写不完整不予申报，各项数据以家庭为单位计算）

本年度因治疗或恢复重建所需全部金额		元	其中截止申请时已花费金额：元（包含已自付医疗费用：元）					
			其中截止12月底预计花费金额：元（包含预计自付医疗费用：元）					
本年度已接受政府各类救助及社会帮扶金额		元	乡镇街已救助：元，县区民政局已救助：元，其他政府救助：元					
			县区慈善协会已救助：元，其他社会帮扶：元					
本年度实际承担金额		元	本年度固定收入（含退休、低保金等）	元	截至目前负债金额（后附借条或证明）	元	申请家庭拟申请救助金额	元
申请家庭部分资产情况	住房	<input type="checkbox"/> 农村自建房 <input type="checkbox"/> 商品房 <input type="checkbox"/> 经济适用房 <input type="checkbox"/> 两限房 <input type="checkbox"/> 政府廉租房 <input type="checkbox"/> 承租单位公房 <input type="checkbox"/> 租房 <input type="checkbox"/> 其他			家庭住房套数		家庭住房总建筑面积	m ²
	车辆	截止申请时家庭是否有拥有非刚需车辆 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是			购置时间：		发票价：	元
	存款	截止申请时家庭是否拥有存款（即家庭现有可支配收入） <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是						元

初审、审核、审批情况

乡镇街民政办初审意见	该户填报情况属实，相关证件、单据等附件齐全、真实有效，同意上报。 （盖章） 经办人职务及姓名： 联系电话：
县区民政局（慈善协会）审核意见	经家庭经济调查程序，该户符合项目救助条件，建议给予项目救助元，帮助其度过眼前难关。后附《申请救助家庭经济状况核对报告》、《入户调查表》 （盖章） 经办人职务及姓名： 联系电话：
市慈善协会（基金会）审批意见	经研究，同意发放一次性慈善救助_____元。 （盖章）

- 注：1. 本表一式一份（申报单位自行复印一份留存），双面打印；
 2. 本表必须用黑色水笔填写，除非涉及项，必须完整填写，否则不予申报；
 3. 随表附：（1）申请家庭户口本、身份证（所有成员）复印件；（2）本表正文“申请家庭类别”及“遭遇困难种类”中提及的相应证件、证明、权威裁定、结算清单等。
 4. 申请家庭确保本表所填内容的真实客观并承担相应责任。本表信息仅供项目申报及必要的慈善信息公开使用，未经授权不得用于其他途径，申请家庭隐私受法律保护。

附件 3:

六安市居民家庭经济状况核对承诺授权书

本家庭已提出申请享受六安市 2018 年“慈善救急难”项目救助，本家庭同意取得此授权书的有关民政部门及其工作人员向所涉及到本家庭经济状况信息的部门或机构查询、核对本家庭财产和收入状况，核查内容包括本人及家庭成员的社保缴纳金、机动车辆、房屋、存款、生产经营等状况，已同意所有涉及到本家庭经济状况信息的部门或机构将所掌握的资料和信息提供给有关民政部门。

特此授权

查询所涉及的家庭成员（包括共同生活的家庭成员及法定赡养人、抚养人、扶养人）：

姓 名	与户主关系	身份证号码	指 模

授权家庭（户主）签字：

授权单位（盖章）

联系电话：

日期： 年 月 日