**辽宁省慈善总会 慈善救助项目审批表**

**编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **受助人姓名** |  | **性别** |  | **出生年月日** |  | **民族** |  |
| **身份证号** |  | **户籍地址** |  |
| **所患病种** |  | **参保方式** | **医保/新农合/商业保险/未参保** |
| **监护人姓名** | **与受助人关系** | **身 份 证 号** | **职 业** |
|  |  |  |  |
| **联系电话** |  | **贫困类型** | **低保户/低保边缘户/建档立卡贫困户** |
| **救助金额** |  |
| **村委会****（街道）意见** | **（申请人家庭情况是否属实）** **（单位公章）** **负责人签字： 年 月 日** |
| **县级慈善会****意见** | **负责人签字：** **（单位公章）** **年 月 日**  | **市慈善总会****意见** | **负责人签字：** **（单位公章）** **年 月 日**  |
| **省慈善总会意见** | **负责人签字：** **（单位公章）** **年 月 日**  |

**低保证复印件粘贴单**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  **户主姓名** |  |  **性别** |  |  **民族** |  |
|  **家庭人口** |  |  **联系电话** |  |
|  **现在常住地址** |  |
|  **家庭成员情况** |  **姓名** |  **与户主关系** |  **性别** |  **年龄** |  **职业** |  **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  **家庭困难情况** |  |
| **县（市区）****民政局 意见** | **负责人签字：** |  | **证明机关：（盖章）****年 月 日** |

**低收入家庭（低保边缘户）证明**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **户主姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  |
| **家庭人口** |  | **联系电话** |  |
| **现在常住地址** |  |
| **家庭成员情况** | **姓名** | **与户主关系** | **性别** | **年龄** | **职业** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **家庭困难情况** |  |
| **县（市区）扶贫办 意见** | **负责人签字：**  |  | **证明机关：（盖章）** **年 月 日** |

**建档立卡贫困户证明**

**蓓蕾慈善救助项目监护人资料粘贴单**

|  |
| --- |
| **监护人身份证复印件正面粘贴处** |
| **监护人身份证复印件背面粘贴处** |

**蓓蕾慈善救助项目票据资料粘贴单**

|  |
| --- |
|  |

**蓓蕾慈善救助项目监护人**

**身份证、银行卡复印件粘贴表**

|  |  |
| --- | --- |
| **监护人身份证复印件正面粘贴处** | **监护人银行卡复印件粘贴处** |
| **开户名** |  |
| **身份证号** |  |
| **银行卡号** |  |
| **开户行** |  |
| **受助人姓名：****救助金额：** |