浙江安正慈善基金会专项救助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | | | 性别 |  | | | 出生年月 |  | | | | | |
| 住址或  工作单位 | |  | | | | | | | 联系电话 |  | | | | | |
| 家 庭 成 员 情 况 | | | | | | | | | | 家庭困难类型 | | | | | |
| 称谓 | 姓名 | | | 年龄 | 月收入 | | 何工作及单位 | | | 低保 | | 低保  边缘 | | 灾病  致贫 | |
|  |  | | |  |  | |  | | |  | |  | |  | |
|  |  | | |  |  | |  | | | 救助类型 | | | | | |
|  |  | | |  |  | |  | | | 助医 | 助学 | | 赈灾 | | 其他 |
| 申请救  助理由 | | | 户主签名（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 社区、工作单位  核实意见 | | | （公章）  经办人签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 基金会经办人  意见 | | | 签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 收到安正慈善基金会送来的捐款，计人民币（大写）： （小写： ）元。  本人保证将善款全部用在《捐赠协议书》约定的范围内开支。  受助人（或代理人）签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基金会领导审批意见： | | | | | | | | 捐助证明人签名：  年 月 日  联系电话： | | | | | | | |

附：上报申请表时将身份证、困难证及相应的医院诊断与发票、社保报销单据，受灾害捐失鉴定书或证明，购置生产资料票据证等复印件一式二份附在《浙江安正慈善基金会专项救助申请表》后。