**编号：**

****

**“TATA木门”公益基金**

**救 助 申 请 书**

申请者姓名： 性别： 年龄： 民族：

家庭住址：

联系电话：

填表日期： 年 月 日

**申 请 须 知**

1. 救助对象
2. 资助对象：因重大疾病/重大意外损失导致家庭出现经济困难的；
3. 五保户、残疾人家庭患者优先资助。
4. 救助金额标准
5. 该公益基金为每名申请人提供不超过2万元的资助费用。
6. 申请资料包括：
7. 申请表：《“TATA木门”公益基金救助申请书》，本表需要申请人或其法定监护人用黑色圆珠笔或者黑色签字笔逐栏正楷填写，不得空缺，没有则填“无”。
8. 身份证明：申请者本人户口页或身份证复印件一份。
9. 家庭情况说明（五选一，可多选）：建档立卡户、低保户、残疾证、军烈属证明，复印件一份，或申请者户口所在地或常住地村/居委会盖章的《家庭情况说明》，原件一份。
10. 其他证明资料：包括但不限于诊断证明、医疗票据、明细等可证明本次重大疾病/重大意外损失的。
11. 所有申报资料由本人或其法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。如申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等情况，一经发现，将不予资助。已经接受资助的，将追索其所获得的全部资助，情节严重者将对之采取行政或法律手段进行诉讼。
12. 申请表的递交并不代表已经获准得到资助，申报资料的审核和审批工作由北京爱尔公益基金会。
13. 涉及医疗救治的，患者诊断、治疗方案认定以及治疗后果由患者本人承担，具体按医院有关规定执行，“TATA木门”公益基金及北京爱尔公益基金会在公益资助中免责。
14. 得到公益资助的患者有责任和义务提供必要的反馈材料和照片等，在维护受助人权益的前提下同意使用照片、录像等资料用于公益目的宣传。
15. 在申请资助期间如受助人提出不再申请资助的，本申请文件即刻作废，并由北京爱尔公益基金会统一销毁。
16. 本申请表由北京爱尔公益基金会“TATA木门”公益基金负责解释。

我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有申请规定。本人承诺本表所填内容及提交的相关资料真实完整，并承担相应的法律责任。

申请者签字：

年 月 日

**表1-1：**

**申请者基本信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请者证件照（正面）（1寸/2寸照片一张） | | | | | | |
| 申请者姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | |  |
| 身份证号 |  | | | 户口类型 | | □城镇居民  □农村 □其他 |
| 户籍住址 |  | | | | | |
| 紧急联系人1 |  | 关系 |  | | 联系方式 |  |
| 紧急联系人2 |  | 关系 |  | | 联系方式 |  |
| 是否参加社  会医疗保障 | * 城镇居民基本医疗。医保号： | | | | | |
| * 新农合 | | | | | |
| * 无医疗保障 | | | | | |
| * 其他。请阐述： | | | | | |
| 是否接受过其他社会援助 | * 是   -受资助日期：  -资助机构（个人）：  -资助金额：   * 否 | | | | | |

**表1-2：**

**申请者家庭情况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭总人口 |  | 家庭总年收入 |  | |
| 家庭总劳动力 |  | 家庭人均年收入 |  | |
| 是否符合右表所列情况  （至少选择一项，可多选） | * 建档立卡户 | 档案编号 | | 注：须提交复印件，并核验原件。 |
| * 低保户 | 低保证编号 | |
| * 残疾证 | 残疾证编号 | |
| * 军烈属家庭 | 军烈属证编号 | |
| * 其他 | 需提供《家庭情况说明》，原件 | | |
| 疾病名称/事故原因 |  | | | |
| 家庭困难说明 | （请申请者或其法定监护人详细描述申请理由） | | | |
| 北京爱尔公益基金会意见 |  | | | |
| 填写说明：   1. 家庭总劳动力：指与受助人共同生活，有劳动力的配偶或成年直系亲属。 2. 家庭困难说明：可填写家庭情况、是否单亲、赡养老人、过往治疗情况、家庭重大变故或其他重大支出，请说明支出时间、事项和花费金额。 | | | | |