附件1：

“困境学子 慈善助学”项目捐赠意向书

|  |  |
| --- | --- |
| 捐赠人（单位）名称 |  |
| 捐赠人（单位）地址 |  | 邮政编码 |  |
| 捐赠单位法人代表 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 捐赠金额（大写） |  |
| 新乡市总会银行账户 | 开户行：郑州银行股份有限公司新乡分行户名：新乡市慈善总会账号：9991 5600 5170 0008 47 |
| 新乡市慈善总会联系信息 | 联系电话 | 0371—380238813782570895 |
| 邮箱 | xxscishan@163.com |
| 捐赠单位/人（盖章/签名）年 月 日 |
| 备注 | 新乡市慈善总会根据捐赠额开具捐赠票据及捐赠证书。 |

附件2：

2024年“困境学子 慈善助学”项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | （照片） |
| 年 级 |  | 就读学校 |  |
| 身份证号 |  |
| 通讯地址 |  |
|  | 家庭成员情况 | 姓名 | 关系 | 职业 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申报单位意见 | 经办人签字（盖章）：年 月 日 |

接收善款账户信息1.户名：2.开户银行：3.账号： |

**申请人所需提供的材料包括但不限于：**

1.申请表； 2.手写申请书一份（按手印）；3.近期考试成绩；

4.家庭贫困证明（原建档立卡贫困户、低保户、孤儿等证件复印件或地方政府/所在街道/居委会/村委会出具贫困证明，并加盖公章）或重大疾病诊断证明；

5.受助人身份证或户口簿首页及本人页复印件一份；

6.法定监护人身份证、户口簿首页及本人页复印件；

7.受助人本人的银行卡复印件，或其法定监护人的银行卡复印件（如受助人与收款人不一致，则需提供亲属关系证明，如结婚证或户口簿复印件）

|  |
| --- |
| 附件3：2024年未成年人大病患者救助申请表 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 照片 |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 所患疾病 |  | 自负医疗费 |
| 年医疗费总额（元） | 医疗保险报销（元） | 医疗救助（元） | 工会救助（元） | 商业险报销（元） | 公益平台求助（元） | 自负医疗费（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 家庭类别 | 低保（ ）孤儿（ ）脱贫人口（ ）大病儿童（ ）其他（ ） |
| 本人（监护人）承诺：上述填写内容完全属实。 本人（监护人）签名： 监护人与本人关系： 年 月 日 |
| 村（居）委会意见 | 镇（街）意见 | 县（市、区）慈善会意见 |
|  |   |  |
| 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| （盖章） | （盖章） | （盖章） |

**申请人所需提供的材料包括但不限于：**

1.申请表；

2.手写申请书一份（按手印）；

3.家庭贫困证明（原建档立卡贫困户、低保户、孤儿等证件复印件或地方政府/所在街道/居委会/村委会出具贫困证明，并加盖公章）和重大疾病诊断证明；

4.受助人身份证或户口簿首页及本人页复印件一份；

5.法定监护人身份证、户口簿首页及本人页复印件；

6.受助人本人的银行卡复印件，或其法定监护人的银行卡复印件（如受助人与收款人不一致，则需提供亲属关系证明，如户口簿复印件）。

附件4：

2024年贫困未成年人大病患者救助汇总表

填报单位（盖章）： 　　　　　　　　　　　　　　　　　 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 患者姓名 | 身份证号码 | 家庭住址 | 联系电话 | 困难家庭类型 | 所患疾病 | 父亲（监护人）姓名 | 父亲（监护人）身份证号码 | 母亲（监护人）姓名 | 母亲（监护人）身份证号码 | 个人自负医疗费（元） | 银行卡号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人：　　　　　　　　　　 审核人：　　　　　　　　　 负责人：

注：此表中序号与申请表排序对应并装订成册