



海南省慈善总会

全省困难职工家庭救助申请表

申请人：_____

填表日期：_____

一、填表说明：

1. 本表可由申请者本人或者直系亲属填写，其中申请人签字部分务必由本人填写。
2. 本表需要申请人用钢笔或者圆珠笔逐栏正楷填写，不得涂改，没有填“无”。
3. 请申请人认真阅读表格每页下方的填表说明，按照要求准备相关材料，填写相关信息。

二、需准备材料：

1. 《全省困难职工家庭救助申请表》原件一份。
2. 申请人本人有效期内二代身份证复印件（正反面）一份，如无身份证需提供申请人本人户口本复印件一份。
3. 申请人本人银行卡复印件一份。（需在复印件空白处写上姓名、电话、开户行、银行卡号）。
4. 其他纸质材料：
 - （1）突发重大疾病的，提供疾病诊断证明（书）、费用自付部分的发票一份。
 - （2）突发意外事故的，提供意外事故报告书、费用自付部分的发票一份。
 - （3）受自然灾害陷入困境的，提供村/居委会或乡镇政府出具的受灾证明一份。
 - （4）因子女上学困难的，提供院校录取通知书/学生证、专业学费清单各一份。

三、重要提示：

1. 请务必保证申请人银行卡为本人姓名开户，开户行名称具体到支行。
2. 请务必妥善保管以上资料并将申请表、相关材料复印件邮寄到海南省慈善总会。
3. 因申请人具体情况不同可能会补充其他证明材料，以项目管理部通知为准。

海南省慈善总会慈善援助项目管理部联系方式

1. 材料邮寄地址：海南省海口市龙华区龙昆北路 31 号办公楼 5 楼项目管理部
2. 项目热线电话：0898-66556485（周一至周五 8:30-12:00，14:30-17:30，法定节假日除外）

申请人知情同意书

全省困难职工家庭慈善援助项目，是由海南省慈善总会和海南省总工会共同在“99 公益日”活动期间发起善款筹集而开展的项目，旨在帮助职工解决实际困难，切实提升广大职工的获得感、幸福感、安全感。在您决定是否参加本项目之前，请仔细阅读以下内容：

●本项目只对工会或省慈善总会认定的困难职工家庭（因自然灾害、意外事故、身患疾病或子女上学等原因造成生活困难的职工家庭）提供援助，因个人原因不能按照程序要求申请和领取援助善款的申请人将自行承担因此而产生的后果。

●您的个人隐私及身份将受到保护，您的申请材料除国家有关部门审查监督外，仅对海南省慈善总会及其所管理的与信息储存、统计事项相关的第三方开放，不会用于任何商业用途。

●申请项目均按项目办发出的正式信息为准，我办不为申请人误听其它渠道信息产生的后果承担责任。如有任何疑问请致电项目办援助热线咨询，以准确、详实的了解项目申请程序及相关要求。如申请人未按程序要求及时联系项目办并办理相关手续而延误申请，责任由申请人自负。

●本项目为一次性慈善援助，申请人均为自愿参加，海南省慈善总会对申请人的长期生活保障（特别是重大疾病患者的病情和后续治疗）不承担责任和义务。

●患者必须如实提交所有材料，凡提交虚假或不如实提交所需材料者，将彻底失去受助资格。

●患者的全部申请材料，一经受理，不予退回。

●海南省慈善总会及本项目捐赠方有权基于内部管理以及项目调整等原因终止本项目及相应捐赠事项。

●海南省慈善总会对困难职工家庭救助项目拥有最终解释权。

申请声明：

我已经认真阅读了上述有关项目的全部内容，知晓资金援助的申请条件及终止条件，愿意承担所有的责任和义务。我愿意加入本项目，同意并严格遵守本项目的相关规定，自愿按程序申请。

申请人签名（加按手印）： _____ 日期： _____

全省困难职工家庭救助项目申请表

所属工会：

申请日期：

姓名		性别		出生年月	
身份证号			联系电话		
工作单位				年收入（元）	
家庭住址					
救助类型 (请打√)	<input type="checkbox"/> 意外事故 <input type="checkbox"/> 重大疾病 <input type="checkbox"/> 自然灾害 <input type="checkbox"/> 子女上学 <input type="checkbox"/> 其他_____				
个人开 户资料	开户名称 (必须是申请者本人)				
	账号或卡号				
	开户银行 (务必填写到支行)				
	开户地址		省 市/县		
家庭成 员情况	姓名	年龄	与本人关系	工作（学习）单位	年收入（元）

<p>申请理由 (可另附页)</p>	<p>本人声明上述填报事项及所附全部材料真实。</p> <p>申请人签字（加按手印）： 年 月 日</p>
<p>所在单位工 会组织/单 位所在地工 会组织意见</p>	<p>(盖章) 年 月 日</p>
<p>海南省慈善 总会意见</p>	<p>(盖章) 年 月 日</p>