附件1：

淄博市慈善总会“爱在万杰 健康相伴”项目救助审批表

编号：20 年（万杰第 号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 以下信息由患者填写 | | | | | | | |
| 申请人姓名 | |  | 性别 |  | 身份证号 |  | |
| 所属区县 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 代理人姓名 | |  | 与患者关系 | |  | 联系电话 |  |
| 本人自愿申请参加项目救助，并承诺所填信息及提供资料真实、完整、有效，收款信息核实无误，因隐瞒、变造、虚报等行为所造成的一切责任和后果由本人承担。  申请人/代理人签字（手印）： | | | | | | | |
| 以下信息由村（居）或镇（街道）或工作单位填写 | | | | | | | |
| 困难类型认定 | □低保对象  □低保边缘  □特困供养  □脱贫享受政策人口  □防止返贫监测帮扶对象  □其他困难家庭 | | | | 经办人签字（公章）：  年 月 日 | | |
| 以下信息由淄博万杰肿瘤医院填写 | | | | | | | |
| 救助类别 | | □肿瘤 □慢病 □外科系统 □血透 | | | | | |
| 经办人签字（公章）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 以下信息由淄博市慈善总会填写 | | | | | | | |
| 经办人签字（公章）：  年 月 日 | | | | | | | |

说明：此表一式两份，一份由市慈善总会存档，一份由淄博万杰肿瘤医院留存。