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。