大连市青少年听力障碍项目救助申请表

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 | |  | 性别 |  | 出生年月 |  | |
| 身份证号 | |  | | | 联系电话 | |  |
| 家庭住址 | |  | | | 户籍所在地 | |  |
| 是否有二甲及以上医院诊断证明  （附诊断证明） | | | 是（否） | | 是否参加过医疗保险  （附参加该项目凭证） | | 是（否） |
| 是否属于低收入人员  （附民政部门证明） | | | 是（否） | | 是否参加过商业保险  （附参加该项目凭证） | | 是（否） |
| 是否属于城市（农村）最低生活保障人员（附原件及复印件） | | | 是（否） | | 是否享受政府临时救助  （附政府临时救助证明） | | 是（否） |
| 患病时间 | | |  | | 患病名称 | |  |
| 未参加医疗保险及未享受医疗救助人员，附医疗费用支出凭证。 | | | | | | | |
| 家 庭  经 济  状 况 |  | | | | | | |
| 个  人  申  请 | 签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 区 、  县 团  委 审  核 意见 | 盖章 ： 年 月 日 | | | | | | |
| 大 连  市 青  少 年  发 展  基 会  审 核  意 见 | 盖章 ： 年 月 日 | | | | | | |
| 大连大学附属新华医 院  意 见 | 盖章 ： 年 月 日 | | | | | | |

此表一式三份，区、县团委、大连大学附属新华医院、市青基会各存档一份