**承德市红十字会**

**特困家庭应急救助申请表**

**申请人姓名**

**身份证号**

**申请救助原因**

****

**扫描二维码---关注承德市红十字会特困家庭应急救助和其它业务信息**

[**http://www.cdhszh.com/**](http://www.cdhszh.com/)

**登录承德市红十字会官方网站，可下载红十字特困家庭应急救助申请表和附件2（村委会、社区居委会或工作单位调查公告），并详细了解承德市红十字会相关业务开展情况。**

**申请指南**

**请申请人仔细阅读以下内容，了解救助受理范围和申请受理程序，并在红十字会工作人员指导下，认真填写申请表、准备相关证明材料，并按要求粘贴到规定页面，确认无误后将此表报送到户口所在地红十字会等待审批。**

**救助受理范围：**

一、患有白血病、尿毒症、14周岁以下儿童先天性心脏病、再生障碍性贫血四种重大疾病（以下简称四大疾病）的特困人员；

二、因意外伤害事故或其他重大疾病造成家庭基本生活和生存受到影响，处于困难境遇的社会弱势群体；

三、根据定向捐赠方意愿，资助符合红十字会宗旨的项目；

四、全市各级红十字会开展的对本市境内自然灾害的救助；

五、对支持和发展红十字事业做出贡献的救助对象本人或家庭提供一次性应急救助：1、成功捐献遗体、组织器官或骨髓干细胞志愿者；2、积极参与全市“博爱一日捐”活动的单位成员；

六、经市、县两级人民政府批准的其他特殊救助对象。

七、有责任人的交通事故及其他意外伤害、打架斗殴、酗酒、自残、自杀、吸毒及其他违法活动致病、致残者不在红十字特困家庭应急救助受理范围。

**申请受理程序**:

一、申请 欲申请救助金的本人或其监护人向户口所在地红十字会提出救助申请，填写《承德市红十字会特困家庭应急救助申请表》，并如实提供相关材料。

二、受理 对符合救助条件的予以受理,并形成初步救助意见；对不符合救助条件的不予受理，明确告知申请人。

三、审核 各县区红十字会负责审核相关资料，采取入户调查、邻里访问等方式对申请人的灾害损失、意外伤害情况、医疗支出和家庭收入状况等材料进行调查核实。在申请人居住村（社区）、工作单位张榜公示7日，如有异议，县区红十字会要再次对相关情况进行核实。

四、救助 经审核无异议后，报请专职副会长和相关负责人审批实施救助，救助金发放应在两周内完成，尽量避免现金支付。

五、回访 一个月内电话完成回访。

六、备案 每个季度末，汇总全部救助信息材料报市红十字会备案。

**承德市红十字会特困家庭应急救助申请表**

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 | |  | 照 片  (1-2寸) |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | 工作单位 | | | |  | |
| 家属电话 |  | | 有无医保及医保类型 | | | |  | |
| 申  请  救  助  原  因 | 申请人签字:    年 月 日 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **（一）申请人必须提供的材料**  **1、身份证明复印件**  ⑴ 成年患者：提供本人的户口本复印件和身份证复印件  ⑵ 14周岁以下患儿：需同时提供患儿户口本复印件和监护人父母双方的身份证复印件和户口本复印件。  **2、诊断证明原件（县级二甲以上医院开具的一年内的证明、盖章有效）**  **3、年度治疗花费证明**  ⑴ 医疗保险或新农合的患者：需提供申请日之前一年以内的医保或新农合报销结算单原件或复印件  ⑵ 医疗保障的患者：需提供申请日之前一年以内的医疗保障报销结算单原件或复印件  ⑶ 自费医治人员：需提供申请日之前一年以内医院结算票据原件（不是每日结算详单）  **4、 火灾的求助申请**  ⑴提供2-3张火灾现场照片粘贴到此页  ⑵村委会（居委会）出具的受灾证明  **（二）申请人根据实际情况选择提供的材料**  **申请人如有以下情况，需在表中**√**注，并按要求提供相对应证明材料，无证明材料视为无效。**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 情况分类 | 是否（打√） | 需提供的材料 | | 1 | 家庭成员是否多人失业、下岗 |  | 下岗证或失业证 | | 2 | 一家多人患病或遭受意外灾害 |  | 患病家属的县级二甲以上医院的诊断证明复印件 | | 3 | 连续参加红会“一日捐”人员 |  | 单位出具的证明信 | | 4 | 支持红十字工作的志愿者 |  | 相关证明材料 | | 5 | 配型成功等待移植的尿毒症或血液病患者 |  | 移植医院出具的移植配型报告复印件 | |

**附件1：**

**相关证明材料粘贴处**

**【此页需复印后公示七日，确认无异议后在本页签字盖章】**

**附件2:**

**关于 同志的**

**家庭情况与医疗花费情况核实公示**

该同志申请了红十字特困家庭应急救助，因申请程序中需要我单位配合调查核实与公示证明，我 村委会（居委会、单位），于 （年/月/日）经采取入户调查和邻里访问等方式对该同志的申请原因、家庭经济情况和本年度医疗花费等情况进行了详细调查核实，现将实际调查结果公布如下：

1、此人申请红十字会救助原因为

2、此人属于 （特困、五保、低保等）人员。

3、此人医保类型为 ，报销比例为 %，年度治疗总费用为 （万元），医保报销金额为 （万元），自费金额为 （万元）。

上述各项调查结果均证明属实，现将该调查情况在我村委会（居委会、单位）张榜公示7日，如有异议，请随时与我单位联系，我们将重新启动调查程序。

调查核实人签字：

单位盖章

年 月 日

**附件3：**

**承德市红十字会特困家庭应急救助审批表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 是否属于重复救助 |  | 救助原因 |  |
| 县（区）  红十字会  审核情况 | 审核人签字:    盖 章  年 月 日 | | | | |
| 县（区）  主管领导  审批意见 | 经研究，同意对该申请人支付救助金 元，用于红十字会特困家庭应急救助。  领导签字:  盖 章  年 月 日 | | | | |
| 市红十字会  审批意见 | **本栏仅用于市本级常年参加”博爱一日捐”单位特困职工的红十字应急救助申请。**    经研究，同意对该申请人支付救助金 元，用于红十字会特困家庭应急救助。  审批人签字：  盖 章    年 月 日 | | | | |