威海市2023年度“慈善·迪尚”遇困高考新生救助申请表

附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | | | 民族 | |  | | 照片 | |
| 身份证号 | |  | | | 准考证号 | | | |  | | | |
| 高考成绩 | |  | | 毕业学校 | | |  | | | | | |
| 录取学校及专业 | | |  | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 父母或  其他亲  属情况 | | 姓 名 | | 与本人关系 | | | | | 工作单位 | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | |  | | | | | |
| 开户银行 | |  | | | | | | | 银行卡号 | |  | | | |
| 是否低保家庭、低保 证编号 | |  | 是否一二级残疾人(不含听力、言语残疾）家庭、残疾证编号 | | |  | | 是否脱贫享受政策人口和防止返贫监测帮扶对象家庭 | |  | | 是否上年度贫困大病患者家庭（原则上居民经医疗保险和大病保险报销后自负医疗费4万元以上，职工经医疗保险报销后自负医疗费5万元以上） | |  | |
| 申请  救助  原因 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在学校意见 | | | | | | | | | 村（居）委会意见 | | | | | |
| 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | 年 月 日  （盖章） | | | | | |
| 镇（街）意见 | | | | | | | | | 区市民政或慈善部门意见 | | | | | |
| 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | 年 月 日  （盖章） | | | | | |