附件1

##### “威高·安心生活”长年卧床人员卫生用品慈善捐助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | | |  | | 出生日期 | | |  | 照片 | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | 年 龄 | | | 周岁 |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | 联系电话 | | |  |
| 户籍地址 | |  | | | | | | | 家庭人口 | | | 人 |
| 家庭成员情况 | | 姓 名 | | | 与本人关系 | | | 工作单位 | | | | | 联系电话 | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | |  | | | | |  | |
| 裤式垫型号 | | | | | □M号（适用臀围80-105cm） □L号（适用臀围95-120cm）  □XL号（适用臀围≥110cm） | | | | | | | | | |
| 大病重残基本情况 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 是否大病重残原因长年卧床需家人照料护理 | | |  | | | 是否具有我市户籍 | | | |  | 是否城乡低保、  特困供养、低保边缘人员 | | |  |
| 是否就业年龄段内 | | |  | | | 是否家庭月人均可支配收入低于威海市最低工资标准 | | | |  | 是否家庭财产低于低保家庭金融资产2倍 | | |  |
| 镇（街）意见 | | | | | | | | | 市慈善总会意见 | | | | | |
| 年 月 日  （盖章） | | | | | | | | | 年 月 日  （盖章） | | | | | |