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）  |