威海市2024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 |  | 毕业学校 | |  | | |
| 准考证号 | |  | | 高考成绩 | |  | 录取学校及专业 | | |  | | |
| 身份证号 | |  | | 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 | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | |
| 本人开户银行及开卡城市 | |  | | | | 银行卡号 | |  | | | | |
| 低保  家庭 |  | 一、二级残疾人(不含听力、言语残疾）家庭 | |  | 脱贫享受政策人口和防止返贫监测帮扶对象家庭 |  | 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） | |  | | 其他遇困家庭 |  |
| 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） | | | | | | |
| 镇政府（街道办事处）意见 | | | | | | 区（市）民政部门  （慈善总会）意见 | | | | | | |
| 年 月 日  （盖 章） | | | | | | 年 月 日  （盖 章） | | | | | | |