附件2

威海市2024年度“慈善·迪尚”遇困高考新生救助汇总表

填报单位： 填报时间 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 家庭住址 | 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 | 联系电话 | 身份证号 |  毕业学校 | 录取学校及专业 | 开户银行及开卡城市 | 银行卡号 | 救助金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 负责人：