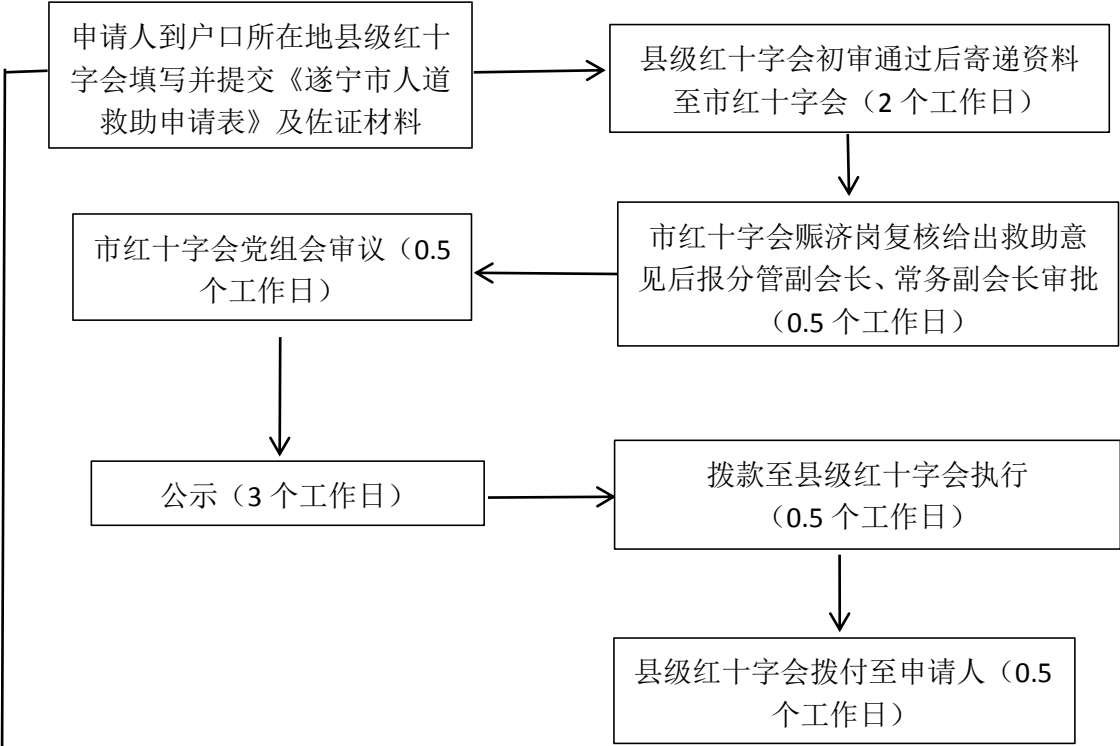


流程图 3

应急人道救助申请流程图



遂宁市各级红十字会联系方式（市直园区至船山区红十字会）			
遂宁市红十字会	地址：船山区遂州北路 68 号	责任人：张盼琨	0825-2213122
船山区红十字会	地址：船山区藕园巷 16 号	责任人：杨 维	0825-2280077
安居区红十字会	地址：安居区安居大道中段 284-1 号	责任人：张 勤	0825-8665789
射洪市红十字会	地址：射洪市文艺巷 31 号	责任人：刘洪梅	0825-3212303
蓬溪县红十字会	地址：蓬溪县蜀北下路 25 号	责任人：谭 勇	0825-3206228
大英县红十字会	地址：大英县卓筒大道 79 号	责任人：伍梦蝶	0825-7832955

- 申请人所提供的佐证材料**
- 1.家庭所有成员户口本、身份证正反面复印件各 1 份；
 - 2.家庭困难证明材料。提供村（社区）证明：包括家庭情况、收入情况、享受低保情况、大病救助情况，以及民政、残联救助情况（如为退役军人，提供退役军人局救助情况）；
 - 3.申请大病救助的家庭需提供二级甲等以上医疗机构的诊断证明原件，住院病案首页（可以是复印件，加盖医院鲜章）；
 - 4.医疗发票原件（如为复印件，必须提供相对应的新农合、医保局、保险公司以及民政等报销材料，以确认患者自费金额情况，全部材料必须由相关报销单位盖鲜章确认，复印章无效）；
 - 5.因自然灾害、突发事件（车祸、火灾等）造成家庭成员伤残的，需提供医院病情证明或事故认定书；
 - 6.以上材料与申请表一同提交。

办结时限：7 个工作日

四川省红十字会 人道救助申请表

申请人近期生活照片

申请人姓名：_____性别：_____身份证号码：_____

监护人姓名：_____与申请人关系：_____家庭电话：_____

手机：_____邮编：_____

户籍所在地：_____市（州）_____县（区）_____乡（镇）_____村_____组

通讯地址：__省（市、区）市县__乡（镇）村组

申报日期：_____年_____月_____日

申报须知

1. 四川省红十字会人道救助申请表由四川省红十字会制作并负责解释；
2. 人道救助资助对象原则上为具有户籍（或居住地）在四川省，且因大病、突发事件导致生活陷入困境的家庭；
3. 申请人申报资料由本人或其监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；
4. 申请人申报资料须经户籍所在地县级以上（含县级）红十字会审核后报四川省红十字会审定，四川省红十字会原则上不直接受理个人提交的资助申请；
5. 四川省红十字会赈济部负责申请人申请资料初审，合格资料提出资助建议，不合格资料由市（州）或县（市、区）红十字会通知申请人不予资助理由或补齐资料后再申报；
6. 本申请表的递交并不代表一定能获得资助，不合格申请资料逐级退回申请人；
7. 四川省红十字会资助对象名单将在四川省红十字会网站上公示；
8. 人道救助为一次性资助，对相同致困原因的申请人原则上只给予一次救助。同时，已经申请红十字会系统其他救助项目的同一申请人，省红十字会不再接受求助申请；
9. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，四川省红十字会将不予资助；如已获资助，将依法追索其所获得的全部资助款；
10. 获得资助的申请人或监护人有责任和义务为各级红十字会提供必要的文字、照片、影像等资料，配合相关宣传和采访活动，并同意使用申请人照片、影像等资料；
11. 我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定事项。

申请人或监护人签名（盖手印）：

年 月 日

应急人道救助申请表

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
家庭成员情况	姓名	年龄	与申请人 关系	身份证号		工作或学习单位	
家庭经济状况	户籍性质	A. 农业 B. 非农业			家庭人口总数		
	主要收入来源						
	家庭年收入				人均年收入		
申请资助理由	申请人或其监护人签名： 年 月 日						

申请人情况简述

1. 申请人患病（或突发事件）的时间：_____年____月____日，确诊医院：_____，确诊病型（或具体事件）_____；
2. 目前就治医院：_____；
3. 治疗效果（事件处置情况）：_____；
4. 费用情况：治疗总费用_____元，医保报销_____元，民政救助_____元，其他救助_____元，自费_____元；
5. 完成治疗还需多少费用：_____；
6. 家庭经济情况：_____。

申请人所需提供的身份及证明材料

1. 家庭所有成员户口本、身份证正反面复印件各 1 份；
2. 家庭困难证明材料。提供村（社区）证明：包括家庭情况、收入情况、享受低保情况、大病救助情况，以及民政、残联救助情况（如为退役军人，提供退役军人局救助情况）；
3. 申请大病救助的家庭需提供二级甲等以上医疗机构的诊断证明原件，住院病案首页（可以是复印件，加盖医院鲜章）；
4. 医疗发票原件（如为复印件，必须提供相对应的新农合、医保局、保险公司以及民政等报销材料，以确认患者自费金额情况，全部材料必须由相关报销单位盖鲜章确认，复印章无效）；
5. 因自然灾害、突发事件（车祸、火灾等）造成家庭成员伤残的，需提供医院病情证明或事故认定书；
6. 以上材料与申请表一同提交。

县民政救助情况	求助人在完成各种保险报销后，民政部门已经对该家庭给予救助_____元。		
	负责人签名	联系电话	单位公章 年 月 日
县（市、区）红十字会 审核意见（救助请示材料另附）			
	负责人签名	联系电话	单位公章 年 月 日
市（州）红十字会 审核意见（救助请示材料另附）			
	负责人签名	联系电话	单位公章 年 月 日
省红十字会 审核意见			
	负责人签名	联系电话	单位公章 年 月 日

关于 XXX 的家庭困难证明（模板）

兹有我村/社区居民 XXX，性别 X，身份证号：

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX，现居住于 XX 村（社区）XX 组（XX 小区 XX 栋 XX 单元 XX 号）。经核实，该家庭存在实际困难，具体情况如下：

一、家庭情况

XXX 家庭共 X 口人，分别为：配偶 XXX（姓名，性别，年龄），子女 XXX（姓名，性别，年龄），父母 XXX（姓名，性别，年龄）。家中 XXX（如配偶、父母或子女）患有 XX 疾病（具体说明疾病名称），长期卧床/需定期治疗，生活无法自理，需要专人照顾；XXX（如子女）就读于 XX 学校 XX 年级，教育支出较大；XXX（如父母）年事已高，体弱多病，无劳动能力。整个家庭日常照料与生活负担沉重。

二、收入情况

XXX 目前从事 XX 工作（若失业或无固定工作，写明具体情况，如打零工、无业等），月收入仅为 XXX 元。配偶 XXX 因需照顾患病家属/年老父母，无法外出工作，无收入来源。家中其他成员均无稳定收入，家庭整体收入微薄，难以维持日常生活开销及医疗、教育等必要支出。

三、已救助情况

1、鉴于该家庭收入低于当地最低生活保障标准，目前享受低保金每月 XXX 元。

2、若家庭已获得大病救助：该家庭于 XXXX 年 XX 月获得大病救助资金 XX 元，在一定程度上减轻了家庭经济负担，但后续