大连市青少年听力障碍项目救助申请表

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  | 户籍所在地 |  |
| 是否有二甲及以上医院诊断证明（附诊断证明） | 是（否） | 是否参加过医疗保险（附参加该项目凭证） | 是（否） |
| 是否属于低收入人员（附民政部门证明） | 是（否） | 是否参加过商业保险（附参加该项目凭证） | 是（否） |
| 是否属于城市（农村）最低生活保障人员（附原件及复印件） | 是（否） | 是否享受政府临时救助（附政府临时救助证明） | 是（否） |
| 患病时间 |  | 患病名称 |  |
| 未参加医疗保险及未享受医疗救助人员，附医疗费用支出凭证。 |
| 家 庭经 济状 况 |  |
| 个人申请 | 签名： 年 月 日 |
| 区 、县 团委 审核 意见 | 盖章 ： 年 月 日 |
| 大 连市 青少 年发 展基 会审 核意 见 | 盖章 ： 年 月 日 |
| 医 院意 见 | 盖章 ： 年 月 日 |

此表一式三份，区、县团委、医院、市青基会各存档一份