**申请疾病资助需提交以下第1-16项材料清单**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **文件** | **提交要求** | **原件/复印件** | **份数** | **备注** |
| 1 | 中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请表（附件1） | 需申请人亲笔签名加按手印 | 原件 | 1 |  |
| 2 | 退役军人退役军人证等相关证明材料 | 复印件信息清晰可见 | 复印件 | 1 |  |
| 3 | 退役军人身份证 | 正反面复印，身份证信息复印后清晰可见，复印件上手写姓名和身份证号码 | 复印件 | 1 |  |
| 4 | 用于接收救助款的银行卡 | 银行复印件上卡号等信息清晰可见，复印件上手写完整信息（开户人，卡号，开户行） | 复印件 | 1 |  |
| 5 | 受助者身份证 | 正反面复印，身份证信息复印后清晰可见，复印件上手写姓名和身份证号码 | 复印件 | 1 | 受助者为退役军人本人，不需重复提交此项 |
| 6 | 受助者与退役军人关系证明（户主页+退役军人页+受助者页/出生证明/结婚证，三选一，能证明关系即可； | 复印件上信息清晰可见 | 复印件 | 1 |
| 7 | 贫困证明（附件2） | 加盖所在居委或村委或街道或当地民政局公章 | 原件 | 1 | 这两项二选一进行提交 |
| 8 | 低保/低收/特困户/建档立卡贫困户/五保户/烈士证等证明文件 | 提供时效最新的证件，且复印上信息清晰可见 | 复印件 | 1 |
| 9 | 中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助款接收证明（附件3） | 需收款人亲笔签字，并加按手印 | 原件 | 1 | 收到款项后5天内提交 |
| 10 | 中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请须知（附件4） | 需申请者或监护人亲笔签字，并加按手印 | 原件 | 1 |  |
| 11 | 中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托申请者承诺书（附件5） | 需申请者或监护人亲笔签字，并加按手印 | 原件 | 1 |  |
| 12 | 疾病证明（附件6） | 三甲及以上医院主治医生亲笔签字或加盖医院公章 | 原件 | 1 |  |
| 13 | 诊断证明 | 若提交资料为复印件需加盖医院公章，且复印件上信息清晰可见 | 原件/复印件 | 1 |  |
| 14 | 三甲及以上救治医院出具的收费票据 | 若提交资料为复印件需加盖医院公章，且复印件上信息清晰可见 | 原件/复印件 | 1 |  |
| 15 | 救治医院出具的《医疗保险费用结算单》 | 若提交资料为复印件需加盖医院公章，且复印件上信息清晰可见 | 原件/复印件 | 1 |  |
| 16 | 申请时间上一年的医保缴费单 | 若提交复印件，复印件上信息清晰可见 | 原件/复印件 | 1 |  |

**附件1**

**中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **一、退伍军人信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | 性别 | | |  | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | 联系方式 | | |  | | | | | |
| 家庭详细住址 |  | | | | | | | | | | | | |
| 与受助人关系 | □本人 □夫妻 □父子 □父女 □母子 □母女 | | | | | | | | | | | | |
| **二、受助人信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | 性别 | | |  | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | 联系方式 | | |  | | | | | |
| 家庭详细住址 |  | | | | | | | | | | | | |
| **三、家庭情况** | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭成员（关系）** | **姓名** | | **职业/年级** | | | **月收入（元）** | | **收入来源** | | | **健康情况** | | |
| 本人 |  | |  | | |  | |  | | | □良好  □慢性疾病  □重大疾病或残疾 | | |
| 夫妻 |  | |  | | |  | |  | | | □良好  □慢性疾病  □重大疾病或残疾 | | |
| 子女 |  | |  | | |  | |  | | | □良好  □慢性疾病  □重大疾病或残疾 | | |
| 子女 |  | |  | | |  | |  | | | □良好  □慢性疾病  □重大疾病或残疾 | | |
| 子女 |  | |  | | |  | |  | | | □良好  □慢性疾病  □重大疾病或残疾 | | |
| **注：无论有无收入，退伍军人本人及其配偶、所有子女的信息都要填入上表** | | | | | | | | | | | | | |
| **四、子女就读情况** | | | | | | | | | | | | | |
| 子女姓名 |  | 学校全名 | | |  | | | | 学校所在城市 | | | \_\_\_\_省\_\_\_\_市 | |
| 就读班级 |  | 学校类型 | | | □高中 □中专 □3+2大中专  □大学本科 □大专 | | | | | | | 学制 | \_\_\_\_年 |
| 子女姓名 |  | 学校全名 | | |  | | | | 学校所在城市 | | | \_\_\_\_省\_\_\_\_市 | |
| 就读班级 |  | 学校类型 | | | □高中 □中专 □3+2大中专  □大学本科 □大专 | | | | | | | 学制 | \_\_\_\_年 |
| 子女姓名 |  | | 学校全名 | |  | | | 学校所在城市 | | | | \_\_\_\_省\_\_\_\_市 | |
| 就读班级 |  | | 学校类型 | | □高中 □中专 □3+2大中专  □大学本科 □大专 | | | | | | | 学制 | \_\_\_\_年 |
| **五、疾病情况** | | | | | | | | | | | | | |
| 患者姓名 |  | | 确诊时间 | | \_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 | | | | | | | | |
| 患病情况 | □癌症 □白血病 □尿毒症 □慢性重症肝炎  □血友病 □系统性红斑狼疮 □强直性脊柱炎 □耐多药肺结核 □肝豆状核变性 □儿童先天性心脏病 □重症类风湿性关节炎  □糖尿病合并严重并发症 □再生障碍性贫血  □器官移植后抗排异药物治疗 | | | | | | | | | | | | |
| 患者姓名 |  | | | 确诊时间 | | | \_\_\_\_年\_\_\_\_\_月 | | | | | | |
| 患病情况 | □癌症 □白血病 □尿毒症 □慢性重症肝炎  □血友病 □系统性红斑狼疮 □强直性脊柱炎 □耐多药肺结核 □肝豆状核变性 □儿童先天性心脏病 □重症类风湿性关节炎  □糖尿病合并严重并发症 □再生障碍性贫血  □器官移植后抗排异药物治疗 | | | | | | | | | | | | |
| **六、家庭支出情况** | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭教育支出月均 □1000元以下 □1001元-3000元 □3001元-5000元 □5001元以上 | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭医疗支出月均 □1000元以下 □1001元-3000元 □3001元-5000元 □5001元以上 | | | | | | | | | | | | | |
| **七、现领取资助情况** | | | | | | | | | | | | | |
| □低保 □低收 □特困户 □建档立卡贫困户 □五保户  □烈属定期抚恤金 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □无 | | | | | | | | | | | | | |
| **八、申请资助类型** | | | | | | | | | | | | | |
| □疾病资助 | | | □子女教育资助 | | | | | | | □贫困帮扶 | | | |
| **九、资助款拨款银行账号信息（只能是退伍军人或受助人）** | | | | | | | | | | | | | |
| 银行帐号 |  | | | | 开户人姓名 | | | | |  | | | |
| 开户行全称 |  | | | | 银行所在地区 | | | | | \_\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_\_市 | | | |
| **申请人（签名）： 日期： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| **秘书初审意见：**  **签名： 日期： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| **决策委员会意见：**  **签名或盖章 日期： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |

**附件2**

**贫困证明**

我辖区居民XXX（身份证号码：12345678912）

居住地址为：XXXXX

家庭情况（人员、收入、支出等情况）/重大变故/家庭成员重大疾病情况XXXXXX（主要描写为什么需要社会帮扶的情况等）。

以上情况属实，特此证明。

（受助人所在居委或村委或街道或当地民政局盖章确认）

日期: 年 月 日

**附件3**

**中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助款接收证明**

收款方 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（□受助者本人/□受助者配偶/□受助者配偶），于\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日收到中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托捐赠汇款，即人民币\_（大写）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (小写：¥ 元)。此款项用于救助中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托的受助者（姓名）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，身份证号码:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。

特此证明，并感谢贵信托的救助。

收款人

（签字加盖手印）

日期： 年 月 日

**附件4**

**中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请须知**

1. “中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托”（以下简称“本信托”）为慈善救助，申请者参加申请和接受慈善救助均属自愿行为。本信托对申请人病情和治疗不承担任何责任。申请者应遵医嘱，以规范治疗为原则，及时定期接受治疗。
2. 本信托决策委员会有权对申请者的在读情况、医学、经济等情况进行抽查，如遇到不配合或发现造假及其他不良行为，将有权取消对该申请者的慈善救助，并由该患者承担相应的法律责任。
3. 申请人有责任和义务配合本信托用于公益目的的宣传和采访活动，并同意使用照片、录像等资料。

申请人或监护人

（签字加盖手印）

日期： 年 月 日

**附件5**

**中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托申请者承诺书**

本人已认真阅读、完全理解和认同“中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请须知”。本人承诺将严格遵守本须知中的各项规定。

本人郑重承诺，所提供的全部申请材料均真实准确，所提供的各项关于身体情况、疾病情况、贫困情况的信息均真实，符合本须知的要求。本人愿意接受中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托决策委员会的调查核实。

本人完全知晓并接受，任何不实申报或违反慈善援助相关规定的行为，所产生的导致慈善救助立即终止的后果。

本人将严格按照医嘱，以规范治疗为原则，及时定期接受治疗。在出现任何不良反应时，将于第一时间告知经治医生，并承诺不因此向中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托提出任何赔偿要求。

申请人或监护人

（签字加盖手印）

日期： 年 月 日

**附件6**

**疾病证明**

我院患者XXX（身份证号码：12345678912），于XX年XX月XX日查处患有XX疾病。现时病情XXX，估计需要XX时间XX元进行康复，家庭情况/患病情况XXXXXX（主要描写为什么需要社会帮扶的情况）。

主治医生：XXX

联系方式：XXXXXXXXXXX

情况属实（医生签字或医院盖章确认）

日期: 年 月 日