

三亚市红十字会  
“爱聚天涯·大病困难救助”公益项目申请表

申请人近期照片

申请人姓名：\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_

身份证号码：\_\_\_\_\_

申请人（监护人）社保卡 账号：\_\_\_\_\_

手机号码：\_\_\_\_\_

户籍所在地：\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_（社区、村委会）

通讯地址：\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_（社区、村委会）

邮编：\_\_\_\_\_

申报日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

# 申请须知

## 一、救助对象：

(一) 范围：因大病陷入困境的三亚市户籍家庭。

(二) 对象(符合以下三种情况之一)：

1. 家庭人均年收入低于28000(含)元(扣除教育、医疗等刚性支出后)，且一个年度内扣除保险、医疗、民政等其它救助后，个人承担医药费用总额超过20000元(含)者。

2. 成功捐献造血干细胞、累计献血超过4000毫升、累计参与志愿服务时间超过1000小时的志愿者、成功捐献器官(遗体、角膜)的直系亲属，家庭人均年收入低于30000(含)元，在一个年度内扣除保险等其它救助后，个人承担医药费用总额超过10000元(含)者。

3. 以下特殊人员：特困人员、低保对象、孤儿、城乡低保边缘家庭、农村建档立卡脱贫户和监测户(脱贫不稳定、边缘易致贫或突发严重困难户)，在一个年度内扣除保险等其它救助后，个人承担医药费用总额超过5000元(含)者。

## 二、救助申请：

(一) 申请救助时，申请人须如实填写三亚市红十字会“爱聚天涯·大病困难救助”公益项目申请表，并随带以下材料，向三亚市红十字会提出申请：

1. 申请人身份证明：户口本、身份证的原件、复印件或三亚市居住证的原件、复印件；

2. 住院病案首页、医疗费用结算单及发票复印件，保险机构转账凭证、手机转账信息记录等。

(二) 参加相关基本医疗保险的救助对象，符合医疗保险范围的医药费按规定比例报销后，再给予救助。

(三) 符合民政部门临时救助条件的，在申请并获得民政部门救助后，依然符合申请条件的再给予救助。

(四) 本项目为一次性救助，对已获得本项目一次救助的患者不受理重复申请。

(五) 对已获得中国红十字基金会或海南省红十字会救助的患者，不再受理救助申请。

(六) 救助对象须保证所有申报资料的真实性和完整性。对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，依法追回所涉项目资金。

(七) 符合救助条件的申请人按申请时间先后给予救助，当年度救助总额使用完毕后，未获得救助的申请人转入下一年度救助。

(八) 如因公益宣传需要，救助对象应配合做好相关采访工作，三亚市红十字会有权使用其文字、照片和影像等资料。

我已经完全知晓以上全部条款，承诺提交的所有材料真实有效；如有作假，同意按照相关规定要求处理。(请签字人阅知后书写)

申请人签字按手印：

年 月 日

## 三亚市红十字会 “爱聚天涯·大病困难救助”公益项目申请表

申请人情况	姓名	共同生活人数	家庭居住地址			户籍地	照片						
	社保卡账号	联系电话											
申请人、家庭成员或共同生活家庭成员情况	姓名	性别	年龄	婚姻状况	与户主关系	身份证号码	工作单位(学校)及职业	劳动能力	健康状况	残疾等级	备注		
家庭年收入、支出情况	项目	人员/类别		金额(元)	备注	家庭 年 刚 性 支 出 情 况	项目	人员/类别		金额(元)	备注		
	工资性收入	姓名						教育费用支出(学费、住宿费、保育费)	姓名				
	生产经营净收入	从事经营活动					就业成本	姓名					
		种植											
		养殖											
		其他											
	财产净收入	利息、红利等					残疾康复费用	姓名					
		出租房屋											
		转让土地承包经营权											
		其他											
	转移性净收入	离退休金					护理费用	姓名					
		赡、抚(扶)养费											
失业保险金				租赁住房费用	姓名								
捐赠(赔偿)													
其他													
合计					合计								
家庭人均可支配收入										扣除刚性支出后			

家庭财产情况	住房	住房_____套： 住房总面积_____m <sup>2</sup> 。	土地	水田_____亩；旱田_____亩；林地_____亩。
	交通工具	机动车_____辆； <input type="checkbox"/> 生活用车 <input type="checkbox"/> 生产经营用车	种植养殖	家畜_____头；禽类_____只。 槟榔_____株，挂果_____株； 橡胶_____棵，开割_____棵； 果树_____棵，挂果_____棵。 其他_____。
	其他财产	现金、存款_____万元；股票类金融资产_____万元；家庭人均在企业中累计出资_____万元；其他_____万元。		
申请理由	本人家庭因_____导致生活困难，特向三亚市红十字会申请大病困难救助。			
申请人及家庭成员郑重承诺	<p>一是在申办及享受三亚市红十字会大病困难救助期间所提供的材料真实全面，无任何隐瞒、伪造和虚报；</p> <p>二是配合三亚市红十字会和社区工作人员入户调查，并愿意参加相关单位安排的救助议事会并如实反映情况；</p> <p>三是享受救助后，如家庭收入、人员、住址等与享受救助待遇有关的事宜发生变化，在一个月内向三亚市红十字会汇报；</p> <p>四是愿意参加相关部门安排的职能培训和就业推荐，并接受安排力所能及的公益性劳动。</p> <p><b>否则愿意按照相关救助政策有关规定接受处罚。</b></p> <p>申请人（签名盖手印）：_____； 联系电话：_____。</p> <p>申请日期：_____年____月____日</p>			
其他补充说明				

## 申请人已获得救助情况申报表

序号	提供救助的单位、平台、项目	救助金额 (元)	与救助金相当的 票据已上交

我承诺获得救助的金额已如实申报。（请签字人阅知后书写）

申请人（监护人）签字按手印：