附件1

申 报 须 知

1.宿迁市红十字会人道救助申请表由宿迁市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）在宿迁市，且因大病、突发事件等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（区）红十字会、市各功能区红十字会或承接红十字会工作职能部门审核后报宿迁市红十字会审定，宿迁市红十字会原则上不直接受理个人提交的资助申请；

5.宿迁市红十字会救护赈济部负责申请人申请资料初审，合格资料提出资助建议，不合格资料由县（区）红十字会、市各功能区红十字会或承接红十字会工作职能部门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.宿迁市红十字会资助对象名单将在宿迁市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，市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，宿迁市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

附件2

申请人所需提供的身份证明及材料

|  |
| --- |
| 1、家庭户口本（首页、申请人及救助对象所在页）、救助对象（或其监护人）身份证复印件各一份；  2、家庭困难证明材料。提供各乡镇（街道）办事处证明，包括家庭情况、收入情况、享受低保情况、大病救助等情况；  3、申请大病救助的需提供二级甲等以上医疗机构的诊断证明盖章件，住院病案首页及相关医疗情况材料，报销材料（保险报销部门出具的报销补偿单及对应的医疗票据，以及医保给予的补贴材料等），与《申请表》同时提交；  4、因自然灾害、重大突发事件造成家庭生活暂时困难的家庭需提供相关证明材料；  5、申请人如有低保、救助特困人员、低保边缘家庭、支出型困难家庭人员、困境儿童等证明或因困难情况被相关媒体报道的可提供复印件；如受到残联等单位救助请提供相关复印件；  6、符合人道救助条件的申请人需完整填写《宿迁市红十字会人道救助申请表》（以下简称《申请表》）（见附件4）。申请人可以到宿迁市红十字会官网下载或到办公地点领取；  7.申请人账户信息（申请人本人银行卡或存折复印件，需注明开户人姓名、开户行详细名称、账户号码、联系电话）  以上材料另附，与本申请表一同提交。  **序号2、3、4材料必须由相关单位盖鲜章确认，复印件无效。** |

附件3

家庭生活困难证明(范本)

兹有 ，性别 ，年龄 ，身份证号码 ，户籍所在地址 ，现居住地址 ，家庭共有

口人。目前从事 工作，所在单位为 ，家庭年收入约 ，家庭日常支出为 。

现因

情况，导致 ，需要救助，已获得(如医保、临时救助等) 救助，解决困难预计还需要 。

特此证明。

XXX 乡镇(街道) XXX 村(居)委会

经办人(签名)

XX年XX月XX日(盖章)

XXX 乡镇(街道)办事处

经办人(签名)

XX年XX月XX日(盖章)

附件4

宿迁市红十字会人道救助申请表

编号： 序号：

（注：编号由县级红十字会填写，年份+编号+流水号，例如：沭阳县的第一位申请人编号为：2301001；序号由市红十字会填写。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人  姓 名 |  | | | | 联系电话 | |  | | | | | | | 照 片 | | |
| 身份证  号 码 |  | | | | | | | | | | 性别 | |  |
| 工作单位/就读学校 |  | | | | | | | | | 民族 | | |  |
| 户 籍  地 址 | 省 市 县（区） 乡（镇、街） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通 讯  地 址 | 省 市 县（区） 乡（镇、街） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 低保  证编号  （若有） |  | | | | | 核 发  单 位 | | | |  | | | | | | |
| 残疾证  编号  （若有） |  | | | | | 核 发  单 位 | | | |  | | | | | | |
| 家 庭  成 员  情 况 | 姓名 | 年龄 | | 与申人关系 | | | | 身份证号 | | | | | | | | 工作或  学习单位 |
|  |  | |  | | | |  | | | | | | | |  |
|  |  | |  | | | |  | | | | | | | |  |
|  |  | |  | | | |  | | | | | | | |  |
|  |  | |  | | | |  | | | | | | | |  |
|  |  | |  | | | |  | | | | | | | |  |
| 申请人接受救助款银行账号 | 1.账号： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.户名： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3.开户银行名称： 银行  支行/营业部 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家 庭  经 济  状 况 | 户 籍  性 质 | | 农业 🞎  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 | | | | | | | | | | | | | |
| 基层红十字会/  村（居）委会核实意见 | | | 核实人签名： 联系电话：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 县（区）红十字会/市各功能区红十字会/承接红十字工作职能部门 | | | 审核人签名： 联系电话：  （单位公章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 市红十字会审批意见 | | | 业务部室  审批意见 | | | | | | 审核人签名： 联系电话：  年 月 日 | | | | | | | |
| 会领导意见 | | | | | | 签名：  年 月 日 | | | | | | | |

注：各县区编号：沭阳县01，泗阳县02，泗洪县03，宿豫区04，宿城区05，经开区06，湖滨新区07，洋河新区08，苏宿工业园区09

附件5

宿迁市红十字会一次性人道救助流程

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | 申请人提交所需提供的身份证明及材料，包含户口本复印件、身份证复印件、个人情况简述、人道救助申请表、医疗机构诊断证明等 |  | |
|  |  |  |  |  |
| 给予救助 | 村委会(社区)初步核实情况后，在个人申请情况简述、人道救助申请表上盖章确认 | 不符合救助条件，不予救助 |
| 符有  合能  救力  助救 能  条助  件 | |  | 否  否    否 | |
| 各乡镇（街道）办事处出具求助家庭的困难证明 |
|  |
| 县(区)红十字会审批 |
| 县级红十  字会无力  救助 |
| 市红十字会审批 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市红十字会接收求助申请材料。 | 对公示结果有异议 |  |
|  |  |
| 救护赈济部对求助材料进行核实。 |  |
|  |  |
| 救护赈济部向会领导汇报求助情况并向会党组提出救助建议方案。 | 取消受助者人道救助资格，将结果反馈至举报人，向社会公布反馈结果。 |
|  |  |
| 会党组研究审定救助方案。 | 受理单位复核有误，受助者不符合救助标准。 |
|  | 有误 |
| 救护赈济部根据会党组决议，救助情况在市红十字会官方网站予以公示。 | 由市红十字会救护赈济部责成受理单位进行复核。 |
| 无异议 | 无误 |
| 公示结束无误后，通知受助者进行人道救助，提交财务实施拨款。 | 受理单位复核无误，受助者符合救助标准 |
|  |  |
| 受助者履行签收手续，救护赈济部对救助材料进行备案。 | 将结果反馈至举报人，向社会公布反馈结果。按流程对受助者进行人道救助。 |
|  |  |
| 开展救助回访，完成救助。 |  |

附件6

宿迁市红十字会人道救助资金发放签领单

县（区）红十字会（盖章）\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 救助对象  姓 名 | 住址 | 联系电话 | 救助金额 | 签领时间 | 签领人（手印） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |

经办人： 联系电话：

注：签领人身份证或（户口簿）复印件附后（正反打印）