“热血战疫”项目申请表

|  |
| --- |
|  **基本信息** |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  |
| 联系电话 |  | 身份证号码 |  |
| 通讯地址 |  |
| 诊断医院 |  | 疾病 |  | 诊断时间 |  |
| 康复时间 |  | 捐献时间 |  | 捐献内容 |  |
| 捐献数量 |  | 救助金额 | 5,000.00 |  |  |
| 本人声明：如因上述资料提供不实造成的相关责任由本人负责。申请人签字（手印）： 日期：2020年 月 日 |

**备注：**

★ 以上内容是“热血战疫”项目审核申请人申请援助的重要材料，需本人如实填写真实、可靠的信息。

★ 申请人需随表提供身份证、户口本、医院诊断证明、以及项目所需的证明原件。

★ “热血战疫”项目办公室将对申请人真实情况进行随访，以核实申请人提供资料的真实、有效。

★ 此信息只对“热血战疫”项目公开，且仅用于该项目使用。

申请人需提交材料明细

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 序号 | 内容 | 备注 |
| 1 | 公益救助申请表 | 原件 |
| 2 | 身份证 | 复印件 |
| 3 | 医学条件证明（病情诊断证明、康复证明） | 复印件 |
| 4 | 采血机构证明 | 复印件 |
| 5 | 银行卡复印件(需注明开户行) | 复印件 |
| 6 | 公益救助签收单 | 原件 |

★ 以上附件需按顺序附于此表之后，并一律使用A4纸且不得使用影响材料抽取的装订方式。