附件：

**淄博市慈善总会**

**“爱肾无忧”贫困家庭尿毒症患者血液透析救助项目**

**审批表**

编号： 20 （ ）号

|  |
| --- |
| 以下信息由患者填写 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 联系电话 |  |
| 户 籍所在地 | 区（县） 乡镇（街道） 村（社区）或所在单位名称： |
| 身份证号码 |  | 家庭人口数量 |  |
| 本人自愿申请参加“爱肾无忧”贫困家庭尿毒症患者血液透析救助项目。申请人（手印）：  年 月 日 |
| 以下信息由镇（街道）或企事业单位核查后填写 |
| 贫困类型 | □城乡低保□低保边缘家庭□农村建档立卡贫困家庭□特困供养□因伤因病造成持续支出型困难家庭□企事业单位困难职工家庭□其他情况困难家庭 | 相关证件名 称 |  |
| 相关证件编 号 |  |
| 经核实，申请人符合救助条件，推荐其申请该救助项目。 经办人签字（公章）： 年 月 日 |
| 以下信息由淄博市慈善总会填写 |
| 经审核，申请人符合救助条件，批准按照项目规定流程实施救助。 经办人签字（公章）： 年 月 日 |

说明：1、贫困证明材料；2、身份证复印件；3、医院诊断证明； 4、此表一式二份，一份由市慈善总会存档、一份由淄博威高留存。