中国红十字基金会热血守护——无偿献血突出贡献者人道救助基金救助申请

须 知

1、中国红十字基金会（简称中国红基会）热血守护——无偿献血突出贡献者人道救助基金（简称热血守护基金）救助申请表由中国红基会印制并负责解释；

2、申请人申报资料由申请人或其直系亲属负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；

3、申请人需自出院结算之日起**6个月内**提出申请，逾期不予受理。本申请表的递交并不代表一定能获得救助，申请资料一经递交不予退回；

4、中国红基会负责对申请资料进行审核，不合格资料通知申请人重新办理或补齐资料后再申报；

5、原则上，热血守护基金救助为**一次性救助**，中国红基会不受理重复申请；

6、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，热血守护基金将不予救助；如已获救助，将依法追索其所获得的全部救助款；

7、获得救助的申请人或代办人有责任和义务提供必要的文字、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。

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。

申请人或监护人签名：

年　　月　　日

热血守护——无偿献血突出贡献者人道救助基金救助申请表

申请人近照

申请人姓名：_____性别：_____年龄：_____

身份证号码：_____手机号码：_____

户籍所在地：_____省（市、区）_____市_____县_____乡（镇）____村

代办人姓名：_____与申请人关系：_____手机号码：_____

通讯地址：_____省（市、区）_____市_____县_____乡（镇）_____村

邮　　编：_____

申报日期：　　年　　月　　日

申请人基本信息

<table>
<tr><td>申请人
姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生日期</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">无偿献血
荣誉</td><td colspan="3" rowspan="2">☐铜奖　　☐银奖
☐金奖　　☐终身荣誉奖</td><td rowspan="2">献　血
情　况</td><td>全血（次）</td><td colspan="2">成分血
（治疗单位）</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">家　庭
成　员
情　况</td><td>姓名</td><td>年龄</td><td colspan="2">与申请人关系</td><td colspan="3">工作或学习单位</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">家　庭
经　济
状　况</td><td>家庭人口总数</td><td></td><td colspan="2">家庭年收入</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>主要收入
来源</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>家庭经济困难
类型</td><td colspan="6">☐最低生活保障对象　　☐特困人员
☐防止返贫监测对象　　☐最低生活保障边缘家庭成员
☐刚性支出困难家庭成员☐其他:</td></tr>
<tr><td rowspan="3">疾　病
治　疗
情　况</td><td colspan="7">确诊时间:　_____年____月 ___日　　确诊病型: _____
治疗医院: _____</td></tr>
<tr><td>治疗总花费
（元）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">医保报销金额
（元）</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>其他保险报销
金额（元）</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">自费金额
（元）</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

银　行 账　户 信　息	户名：_____ 开户行名称：（精确省市支行） _____省_____市_____县（区）_____银行_____支行 账号：_____联行号：_____
申请人情况简述	申请人或其代办人签名： 年　　月　　日

申请人所需提供的证明材料

（1）申请人身份证**复印件**（正反两面）；代办人（如有）身份证**复印件**（正反两面）；
（2）全国无偿献血奉献奖证书**复印件**（或电子证照、官方可查证记录）
（3）家庭困难证明（最低生活保障对象、特困人员、防止返贫监测对象、最低生活保障边缘家庭成员、刚性支出困难家庭成员等证明文件；因大病、重伤陷入经济困境，但尚未达到以上所列五类标准或尚未完成以上家庭类型认证程序的，须提供由**乡镇/街道**及以上级别部门开具的困难证明）；
（4）疾病诊断证明**原件**（**二级及以上公立医院**出具）；
（5）医疗费用票据及医保结算单**原件**（年度内个人**自付医疗费**用扣除基本医保、大病保险、补充医疗保险及商业保险报销后的剩余部分达到**2万元**以上）；
（6）申请人银行卡**复印件**。
（7）以上证明材料另附，与本申请表一起申报。
（8）申请材料**邮寄地址**：北京市东城区干面胡同53号院前楼103室中国红十字基金会，收件人：热血守护基金，联系电话：010-85594855