中国红十字基金会字节跳动医务工作者人道救助基金

资助申请书

一、申报须知

（一）本资助申请表由中国红十字基金会字节跳动医务工作者人道救助基金（以下简称“医务人道基金”）制作并解释；

（二）该基金救助对象为因抗击新冠肺炎疫情而感染的重症、危重症的医务工作者，以及因抗击新冠肺炎疫情而感染并不幸殉职的医务工作者；

（三）所有申报资料由申请人或其直系亲属填报，并保证所有资料的真实性和完整性；

（四）本申请表的递交并不代表一定能获得资助；

（五）医务人道基金负责所有申报资料的审核和审批工作；

（六）获得救助资格的资助款的拨付由医务人道基金统一负责；

（七）对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，医务人道基金将追索其所获得的全部资助，情节严重者将依法追究法律责任；

（八）为便于接受社会监督，获得救助的申请人有责任和义务为配合项目宣传和信息公开工作提供必要的文字、照片、影像等资料，但中国红十字基金会将尊重并保护申请人的隐私。

申请人或其直系亲属签字：

 申报日期： 年 月 日

二、申请人基本情况

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 出生日期 |  | 民族 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 工作单位 |  |
| 工作科室 |  | 职位 |  |
| 感染时间 |  | 是否重症 |  |
| 当前状况 | □治疗中 □治愈 □身故 |
| 简述感染过程（于何时、何地、参与何种工作被感染） |  |
| 就职医院或防疫服务所在医院证明 | 该申请人确因在新冠肺炎防控救治工作中感染。特此证明。 （医院公章） 年 月 日 |

三、申请表附件材料

（一）申请人本人身份证明复印件；

（二）申请人相关医疗证明（须加盖医院公章、医务部门章或诊断证明专用章）

（三）请填写接收资助款账户信息：

户名：

账号：

开户行名称（须具体到支行名称）：

（四）因抗击新冠肺炎疫情而感染并不幸殉职的申请人，须另外提供如下材料：

1.由政府有关部门出具的参与新冠肺炎疫情防控救治工作的证明；

2.由医疗机构出具的因感染新冠肺炎而去世的相关医学证明。