附件：

德胜基金会和爱公益人关怀基金资助申请表

注意：须由公益组织、志愿者组织或公益组织员工、志愿者本人提出申请。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、受助人基本信息 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | 联系电话 | |  | | | 身份证号 | | |  |
| 类别 | □公益组织员工或其家属 □顺德区注册登记志愿者 | | | | | | | | | | | | |
| 银行账号 |  | | | | | | | 开户银行 | |  | | | |
| 二、受助人家庭情况 | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | |
| 家庭成员姓名 | | 关系 | | | | 联系电话 | | | | 工作类型 | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |
|  | |  | | | |  | | | |  | | | |
| 三、申请事项 | | | | | | | | | | | | | |
| 申请内容（单选） | | | | □关怀慰问 □抚慰性资助 | | | | | | | | | |
| 申请原因 | | | | □重大疾病 □因工受伤 □意外事故 | | | | | | | | | |
| 医疗费用 | | | | 元 | | | | | 医保及其他保险  报销金额 | | | 元 | |
| 申请金额 | | | | 元 | | | | | 物资需求（如有） | | |  | |
| 简述申请情况：包括但不限于个人公益从业经历/志愿服务经历、患病及治疗情况、家庭经济生活状况、获得其他支持等。提交前请删去本提示语。  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 四、归属组织信息 | | | | | | | | | | | | | |
| 组织名称 | |  | | | | | | | 联系人及电话 | |  | | |
| 归属组织意见：  （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 五、审核情况（由审核机构填写） | | | | | | | | | | | | | |
| （单位盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 六、审批情况（由基金管理委员会填写） | | | | | | | | | | | | | |
| 审批金额 | | | 元 | | | | | | | | | | |
| 审批意见： | | | | | | | | | | | | | |
| 审批人员签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| **备注：**1.本表格页数为2页，其他信息以附件方式提交；2.本表格最终存放于德胜基金会。 | | | | | | | | | | | | | |