**“建信信托-狮桥关爱中国卡友慈善信托”**

**“卡车师傅大病救助”项目资助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1、卡车师傅信息：** | | | | | | | | | | | | | |
| **司机姓名** | | |  | | | **身份证号** |  | | | | | | |
| **性 别** | | |  | | | **年 龄** |  | | **民 族** | |  | | |
| **从事商用车运输业时间** | | | **自 年 月至 年 月** | | | | | | **驾驶本准驾车型** | |  | | |
| **司机户籍地址** | | | **(省级) （县级）** | | | | | | | | | | |
| **患者与司机关系** | | | 本人□ 配偶□ 父母□ 子女□ | | | | | | | | | | |
| **2、患者信息：（患者为司机本人的不用再填患者信息）** | | | | | | | | | | | | | |
| **患者姓名** | | |  | | | **患者身份证号** |  | | | | | | |
| **患者性别** | | |  | | | **年 龄** |  | | **民 族** | |  | | |
| **患者户籍地址** | | | **(省级) （县级）** | | | | | | | | | | |
| **3、所患疾病及治疗信息：** | | | | | | | | | | | | | |
| **医院诊断** | | |  | | | | | | **治疗方式** | |  | | |
| **治疗医院** | | |  | | | | | | **医保种类** | |  | | |
| **保险报销外，个人自付金额（元）：** | | | | | | | | |  | | | | |
| **4、申请人信息:(如司机本人为患者，可由直系亲属代为申请，如司机本人不是患者，须由司机作为申请人)** | | | | | | | | | | | | | |
| **申请人姓名** | |  | | | | **身份证号** |  | | | **与患者关系** | | |  |
| **患者通讯地址** | | | |  | | | | | | | | | |
| **患者/直系亲属联系电话** | | | | **1、** | | | | **2、** | | | | **3、** | |
| **5、家庭贫困情况：** | | | | | | | | | | | | | |
| **家庭上年度收入总计** | | | | |  | | | **接受过其他资助情况** | | | |  | |
| **家庭主要财产**  **和债务**  **情况** | **收入主要来源** | | | |  | | | **房产及估值** | | | |  | |
| **其它项目收入** | | | |  | | | **交通工具估值** | | | |  | |
| **债务情况** | | | |  | | | | | | | | |
| **是否建档立卡贫困户：** | | | | | **是 □（须提供县级政府颁发的证件复印件）；否 □** | | | | | | | | |
| **是否低保户：** | | | | | **是 □（须提供低保证复印件）；否 □** | | | | | | | | |

**如不属于建档立卡贫困户和低保户，需提供收入证明。**

本人声明以上所填写内容真实。并确认已经阅读了“卡车师傅大病救助”项目申请须知，并同意全部条款及相关申报规定。

患者/直系亲属签名：

**收入证明**

兹证明 为 （省） （市） （县） （村）居民，家庭情况如下：

一、家庭人口 人，家庭人员组成

二、家庭主要收入来源：

三、目前家庭主要困难：

因家庭成员： 患有 疾病，家庭现经济收入不能承担医疗费用。

确属贫困家庭，特此证明。

村委会（乡镇政府）盖章

（必填）经办人签字：

（必填）联系电话：

年 月 日