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。 |