附件6

福田区特殊困难人员慈善关爱资助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请人情况** | 姓 名 | |  | 身份证号 |  | |
| 户籍状况 | | □福田户籍 / □非福田户籍 | 联系电话 |  | |
| 封控管控地址 | |  | | | |
| 人员类别 | | □孕妇  □失独老人（福田区在册特殊计划生育家庭）  □低保及低保边缘家庭成员（福田区在册低保及低保边缘对象）  □困境儿童（福田区在册孤儿、事实无人抚养儿童）  □享受残疾人两项补贴对象（福田区在册残疾人两项补贴对象） | | | |
| **慈善关爱资助发放情况** | | | | | | |
| 领取人 | | □本人/  □非本人 | | 领取人与申请人关系 | |  |
| 开户银行 | |  | | 银行账号 | |  |
| **诚信承诺情况** | | **（我保证以上所有信息真实、准确、有效，如有不实，自愿退还已领取的慈善关爱资助费用并承担失信后果）**  **（签名）** | | | | |
| **社区初审意见** | | 经查验， 符合特殊困难人员慈善关爱资助条件，建议予以确认。        经办人： 负责人: （单位盖章）  初审日期: 年 月 日 | | | | |
| **街道办事处**  **审核意见** | | 经查验， 符合特殊困难人员慈善关爱资助条件，予以确认。        经办人： 负责人: （单位盖章）  审核日期: 年 月 日 | | | | |