附件1

同舟共济 青春偕进

“抗击疫情 希望同行”——

“希望工程关爱抗疫一线医务人员子女特别行动”补助申请表

省（区、市） 市（州） 县（区、市）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医务  人员  信息 | 姓　名 |  | 性 别 |  | 民 族 | |  | （照片） |
| 与子女关系 |  | 身份证号 |  | | | |
| 户口所在地 |  | | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | |
| 工作单位 |  | | | 手 机 | |  | |
| 子女  信息 | 姓 名 |  | 性 别 |  | 身份证号 | |  | |
| 出生日期 |  | 学籍情况 | □学龄前儿童 □小学 □中学（中职中专）  □高职高专 □大学本科 □其他 | | | | |
| 感染新冠肺炎情况 | | □医务人员感染新冠肺炎 □医务人员牺牲  □医务人员子女感染新冠肺炎 □医务人员配偶感染新冠肺炎  家庭感染人数 人 | | | | | | |
| 证明材料 | | 1.感染新冠肺炎诊断证明  2.医务人员家庭户口本复印件  3.医务人员本人、子女身份证复印件 | | | | | | |
| 个人抗疫工作描述 | | （可另附页) | | | | | | |
| 医务人员指定  银行账户资料 | | 户 名 |  | 账(卡)号 | |  | | |
| 开户行 | 银行 分行 支行 分理处（储蓄所） | | | | | |
| 医务人员  工作单位  审核意见 | | （公 章）  年 月 日 | | | | | | |
| 受助人所在地  县级团委  （或卫健委团委）  审核意见 | | (公 章)  年 月 日 | | | | | | |
| 省级青基会  审核意见 | | （公 章）  年 月 日 | | | | | | |