关于开展“‘热血铸军魂 爱眼助从戎’——关爱应征入伍近视青年”公益活动的补充说明

各市、州、直管市、神农架林区团委，各大专院校团委：

《关于开展“‘热血铸军魂 爱眼助从戎’——关爱应征入伍近视青年”公益活动的函》印发后，活动开展顺利，为一批有志投身军营的困难青年提供了帮助。为进一步扩大关爱范围，激励更多青年青春向党，勇于担当，现就该活动补充说明如下：

1. 面向全省有志入伍青年，仍遵循自愿原则，拟关爱对象手术后凭相关票据申请关爱金，申请表格以附件内容为准。
2. 拟关爱对象从“限定家庭经济困难青年”改为“家庭经济困难青年优先”。
3. 活动时间延至2023年6月30日。

特此说明。

省青基会联系人：贾 佳 肖 锋

联系电话：027-87233550

电子邮箱：hbxwgc@126.com

地 址：武汉市武昌区水果湖东三路5号

附件：1.“热血铸军魂 爱眼助从戎”公益项目申请表

2.《关于开展“‘热血铸军魂 爱眼助从戎’——关爱应征入伍近视青年”公益活动的函》

湖北省青少年发展基金会秘书处

 2022年6月2日

附件1：

 “热血铸军魂 爱眼助从戎”公益项目申请表

**（社会申请类填写）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 近期免冠照片 |
| 家庭地址 |  |
| 身份证号 |  | 近视手术类型 |  |
| 监护人姓名 |  | 与申请人关系 |  | 联系方式（申请人/监护人） |  |
| 银行卡号 |  | 户名 |  |
| 开户行 |  银行 分行 支行 分理处（储蓄所） |
| 学籍情况 |  |
| 申请理由 |   监护人/本人（签字和手印）**：**   年 月 日  |
| **单位审核意见** |
| **县（市）区团委（签章、审核意见）：** **年 月 日** |
| **就诊爱尔眼科医院审核意见（签章、审核意见）:** **年 月 日** |
| **武汉大学附属爱尔眼科医院审核意见（签章、审核意见）:** **年 月 日** |

**备注：**审核意见为符合条件或不符合条件；申请时须提交申请表、入伍通知书复印件、身份证正反复印件、发票复印件、银行卡复印件等资料。

“热血铸军魂 爱眼助从戎”公益项目申请表

**（在校学生申请类填写）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  | 近期免冠照片 |
| 家庭地址 |  |
| 身份证号 |  | 近视手术类型 |  |
| 监护人姓名 |  | 与申请人关系 |  | 联系方式（申请人/监护人） |  |
| 银行卡号 |  | 户名 |  |
| 开户行 |  银行 分行 支行 分理处（储蓄所） |
| 学籍情况 |  |
| 申请理由 |   监护人/本人（签字和手印）**：**   年 月 日  |
| **单位审核意见** |
| **学校团委（签章、审核意见）**  **年 月 日** |
| **就诊爱尔眼科医院审核意见（签章、审核意见）:** **年 月 日** |
| **武汉大学附属爱尔眼科医院审核意见（签章、审核意见）:** **年 月 日** |

**备注：**审核意见为符合条件或不符合条件；申请时须提交申请表、录取通知书复印件、身份证正反复印件、发票复印件、银行卡复印件等资料。

附件2





