附件2：

**杭州高新开发区（滨江）慈善总会先行救助审批表**

街道 社区

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 户主姓名 |  | 性别 |  | 家庭人口 |  | 婚姻状况 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  | | | | | 开户行银行卡号 |  | | |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | |
| 居住地址 |  | | | | | | | | |
| 困难对象类别（√） | □持滨江区有效期内特困、低保、低边、孤儿证的家庭；  □因灾害、疾病、残疾、求学、丧失劳动能力、意外伤害等原因造成生活困难的，需给予救助的其他困难家庭；  □滨江区内加入工会组织的困难职工及其家庭成员（限父母、配偶、子女）；  □滨江区内刑事案件中受到重大伤害造成生活困难的人员；  □生活无着落的外地流浪人员。 | | | | | | | | |
| 救急难类型  （√） | □灾害 □突发疾病 □意外伤害 | | | | | | | | |
| 申请  承诺 | 本人保证申报材料全部真实有效。本人及家庭成员若采取虚报、隐瞒、伪造等手段，骗取社会救助资格的，愿意接受管理审批部门按规定给予的处罚。  以上是本人自愿作出的承诺，愿自觉信守、忠实履行，并承担相应的法律责任。  承诺人(签字): 年 月 日 | | | | | | | | |
| 社区审核  意 见 | 经初审，申请人家庭特别困难，符合“先行救助”有关规定，建议给予救助，救助金额元。  社区负责人（签字）： 经办人（签字）：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 街道慈善  分中心审  批意见 | 经审核，同意给予申请人“先行救助”元。  分管领导（签字）： 经办人（签字）：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

**备注**：此表一式三份，区帮扶救助中心、街道、社区各保留一份。