**河南省红十字会“红十字助听”项目救助申请表**

　　填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职业 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话（两个） |  |
| 家庭地址 |  | 家庭人口总数 |  | 家庭年人均收入 |  |
| 本人自愿公开自己的求助信息，并配合红十字会用于此公益项目的宣传。 签字： 年 月 日 |
| 申请理由 |  |
| 所在村委会（居委会）意见 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　(盖 章)  　　　　　　　　　　　　　　　　　年 月 日 |
| 负责筛查的志愿者意见 | (签 字)　年 月 日 | 县红十字会意见 | (盖 章)　  　　年 月 日 |

**备注：附申请人户口本、身份证复印件，建档立卡相关复印件，医院出具的相关耳聋证明；属低保或低保收入家庭的，需提供相关证明复印件；属残疾人的，需提供残疾人复印件。**