

上海海事大学教职工帮困基金会补助申请表

所在部门		姓名		性别		年龄	
身份证号码		手机号码		职务、职称			
家庭地址				本基金会会员	是	否	
家庭成员情况	姓名	年龄	称谓	工作单位	月工资收入(元)		
患病情况	初发病时间	年 月	复发病时间	年 月			
	已选择何种治疗方案	手术 <input type="checkbox"/> ; 放化疗 <input type="checkbox"/> ; 药物治疗 <input type="checkbox"/> ; 血液透析 <input type="checkbox"/> ; 其他_____					
	治疗费用	当年自费_____万元; 发病起已累计自费_____万元(指诊疗、医药费用)					
	目前状况	长病假 <input type="checkbox"/> ; 住院 <input type="checkbox"/> ; 半休 <input type="checkbox"/>		目前病情	病危 <input type="checkbox"/> ; 转移 <input type="checkbox"/> ; 恶化 <input type="checkbox"/> ; 稳定 <input type="checkbox"/>		
困难情况	会员本人首次患市总认定大病 <input type="checkbox"/> 注明何种大病_____			因直系亲属遭受意外而造成家庭困难 <input type="checkbox"/>			
	会员本人患病住院 <input type="checkbox"/>			会员家庭遭受水灾、火灾等意外灾难, 且损失严重 <input type="checkbox"/>			
	其他 <input type="checkbox"/>			会员家庭经济来源接近本市最低生活保障线 <input type="checkbox"/>			
家庭人均月收入(元)			近年享受补助情况	年 月享受补助_____元			
工会小组意见	情况属实 工会小组长签名 年 月 日			基金会意见 同意 / 不同意 补助_____元			
部门工会意见	情况属实 部门工会主席签名 年 月 日						