

龙岩市“爱眼光明行·弘扬正能量”公益项目申请表

地区：_____县（市、区）_____镇（乡、街道）_____村 填表日期：_____年_____月_____日

申请人基本情况	申请人姓名		性别		出生年月		民族	
	身份证号码			政治面貌		户口	<input type="checkbox"/> 城镇 <input type="checkbox"/> 农村	
	是否有医保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		联系电话			备注	
	个人情况	<input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 五保户 <input type="checkbox"/> 残疾人员 <input type="checkbox"/> 烈士家属 <input type="checkbox"/> 道德模范 <input type="checkbox"/> 因故返贫 <input type="checkbox"/> 退役军人 <input type="checkbox"/> 优抚对象 <input type="checkbox"/> 防疫抗疫人员或直系亲属 <input type="checkbox"/> 其他_____						
家庭成员情况	姓名	年龄	与申请人关系	工作（学习）单位	职业	年收入	健康状况	
本人或监护人申请	本人：_____（或监护人：_____）自愿申请龙岩市“爱眼光明行·弘扬正能量”公益项目救助手术；申请手术项目为： <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 胬肉。 <div style="text-align: right;"> 申请人签字： _____年_____月_____日 </div>							
所在（街道、村、镇、乡、社区）意见								
县、镇、村、乡、社区合作机构意见	走访志愿者签字①		走访志愿者签字②		负责人意见（签章）	_____年_____月_____日		
申请人条件综合认定	民主评议	家庭困难情况	A. 家庭经济特别困难 <input type="checkbox"/> B. 家庭经济一般困难 <input type="checkbox"/> C. 家庭经济临界困难 <input type="checkbox"/> D. 家庭经济不困难 <input type="checkbox"/>		项目机构意见	理事长签章： _____年_____月_____日		
	认定结果	手术医院意见	视力情况：右_____左_____ 医院实施手术项目： <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 胬肉 <input type="checkbox"/> 其他_____					
		医院核对盖专用章：		_____年_____月_____日				

- 注：**1、本表供申请龙岩市“爱眼光明行·弘扬正能量”公益项目专用。
 2、申请人提交该表时候需提供身份证复印件一份（有残疾证或其它证明可一并复印提交）。
 3、申请到名额，来院患者需携带本人身份证原件、医保卡。