

新疆维吾尔自治区红十字会“爱之天使” 项目申请审核表

申请人基本信息					
姓 名		民 族		年 龄	
身份证号			联系电话		
户籍地址					
现居住地					
主要诊断	宫颈鳞癌 ☐ 宫颈腺癌 ☐ 宫颈腺鳞癌 ☐ 其他类型宫颈癌 ☐				
诊断医院			诊断时间	年 月	
申请人声明	郑重声明：作为自治区红十字会“爱之天使”项目的申请人，我已知悉《新疆维吾尔自治区红十字会“爱之天使”项目管理办法》中有关救助对象、救助标准、救助流程、负面清单等方面规定，并按要求提交救助申请，我保证所填写信息准确无误，各类印证资料均真实完整。若有提供虚假、伪造印证资料，或隐瞒真实病情、家庭收入等与救助条件密切相关信息，我愿意承担所有责任。若能获得项目资助，我同意将项目相关信息及资助情况网上公示。 申请人签字（手印）： 年 月 日				
县（市、区） 红十字会 初审意见	我单位通过初审认为，申请人所填写信息准确无误，各类印证资料真实完整，符合自治区红十字会“爱之天使”项目救助条件，同意提交至自治区红十字会审核。 审核人签字： 单位负责人签字： 单位盖章： 年 月 日				

