**上海外国语大学贤达经济人文学院**

**学生医疗帮困申请表**

学院： 学年：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 学 号 |  | | 专业 | |  | | 性别 | |  |
| 学籍状态 | |  | | 民 族 |  | 家庭地址 | | |  | | | | |
| 本人  联系方式 | |  | | |  | 紧急联系人姓名与联系方式 | | |  | | | | |
| 家 庭  主 要  成 员 | | 姓 名 | | 称 谓 | 工作或学习单位 | | | | | 年经济收入（元） | | 备注 | |
|  | |  |  | | | | |  | |  | |
|  | |  |  | | | | |  | |  | |
|  | |  |  | | | | |  | |  | |
|  | |  |  | | | | |  | |  | |
| 家庭类型 | | | | □ 健全 □ 孤儿 □ 单亲 □ 残疾 □ 军烈属 □ 离异 □ 重病 | | | | | | | | | |
| 家庭经济困难档次 | | | | □ 特别困难 □ 特殊困难 □ 低收入家庭 □ 不困难 | | | | | | | | | |
| 医疗基本情况 | 就医者姓名： 病症：  初诊日期： 初诊医院： （等级： ）  诊断结果：  确诊日期： 确诊医院： （等级： ）  诊断结果：  现就医医院： （等级： ）  近期治疗方案：  治疗进展情况：    预计本学年用于本病症的医疗支出（医保范围内自负部分） 元  申请理由：    申请人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 学院学生资助工作组、领导小组意见 | 工作组意见 | | □ 同意申请  □ 不同意申请  组长签字：  年 月 日  （加盖公章） | | | | 领导小组意见 | □ 同意工作组意见  资助金额： 元/年  □ 不同意工作组意见  组长签字：  年 月 日  （加盖公章） | | | | | |
| 学校学生资助工作审议组、领导小组意见 | 审议组意见 | | □ 同意学院领导小组意见  □ 不同意学院领导小组意见  调整资助金额： 元/年  组长签章：  年 月 日  （加盖公章） | | | | 领导小组意见 | □ 同意审议组意见  □ 不同意审议组意见  调整资助金额： 元/年  组长签章：  年 月 日  （加盖公章） | | | | | |

注：本表用黑色水笔手写签名，方有效。 上海外国语大学贤达经济人文学院学工处 制