**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