附件：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **河南省红十字会人体（遗体）器官捐献困难家庭子女助学项目申请表** | | | | | | | | |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 民族 |  |
| 捐献者情况 | 姓名 | 年龄 | 与申请人 关系 | 身份证号 | | | 捐献日期 | |
|  |  |  |  | | |  | |
| 指定发放银行卡信息 | 开户  银行 |  | | 银行  卡号 |  | | | |
| 家庭收入、申请 理由 |  | | | | | | | |
| 录取本（专）科院校名称 |  | | | | | | | |
| 县（区）级红会意见 | 单位负责人（签章）： | | | | | | | |
| 市级红会意见 | 单位负责人（签章）： | | | | | | | |
| 省级红会意见 | 单位负责人（签章）： | | | | | | | |
| 备注 | 本次救助为一次性救助，该材料一式两份，确保信息真实可靠，如対因提供有关信息不实所造成的后果，申请人应承担相应的责任。 | | | | | | | |