附件1

常州市“龙城园丁关爱行动”

专项救助申请材料要求

1.每个申请救助关爱对象的材料，须按照目录顺序单独装订成册，并编写序号。

2.上报材料应按照档案管理规范，统一用A4纸，小于此规格的证明材料，请粘贴在A4纸上。

3.装订顺序：①材料清单目录→②申请表→③申请报告→④单位证明材料→⑤本人身份证复印件→⑥教师证复印件→⑦诊断证明及病历复印件→⑧医药费凭据及个人因病花费情况证明→⑨直系亲人收入证明及其他能证明家庭经济困难的材料等。

4.所附医药费收据数额必须分别汇总，如实填列合计数。

附件2

重大疾病参考范围

 1、恶性肿瘤——不包括部分早期恶性肿瘤

 2、急性心肌梗塞

 3、脑中风后遗症——永久性的功能障碍

 4、重大器官移植术或造血干细胞移植术——须异体移植手术

 5、冠状动脉搭桥术（冠状动脉旁路移植术）——须开胸手术

 6、终末期肾病（慢性肾功能衰竭尿毒症期）——须透析治疗或肾脏移植手术

 7、多个肢体缺失——完全性断离

 8、急性或亚急性重症肝炎

 9、良性脑肿瘤——须开颅手术或放射治疗

 10、慢性肝功能衰竭失代偿期——不包括酗酒或药物滥用所致

 11、深度昏迷——不包括酗酒或药物滥用所致

 12、双耳失聪——永久性不可逆

 13、双目失明——永久性不可逆

 14、瘫痪——永久完全

 15、严重阿尔茨海默病——自主生活能力完全丧失

 16、严重脑损伤——永久性的功能障碍

 17、严重帕金森病——自主生活能力完全丧失

 18、严重Ⅲ度烧伤——至少达体表面积的20%

 19、严重运动神经元病——自主生活能力完全丧失

 20、语言能力丧失——完全丧失且经积极治疗至少12个月

 21、重型再生障碍性贫血

 22、主动脉手术——须开胸或开腹手术

 23、脊髓灰质炎

 24、急性坏死性胰腺炎开腹手术

 25、脑动脉瘤开颅手术

 26、严重多发性硬化症

 27、严重系统性红斑狼疮性肾病

 28、严重重症肌无力

29、终末期肺病

附件3：

常州市“龙城园丁关爱行动”申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 教龄 |  | 相  片（一寸） |
| 工作单位 |  | 民族 |  | 任职情况 | 🞎 在职🞎 退休 |
| 所在单位联系人及电话 |  |
| 通 讯地 址 |  | 联系电话 |  |
| 身 份证 号 |  | 是否病休及病休时间 |  |
| 致 困缘 由 |  | 发病或遭意外时间 |  |
| 本年度治疗费总额（万元） |  | 本年度个人自费承担的治疗费总额（万元） |  | 本年度个人总收入及家庭总收入（万元） |  |
| 直 系亲 人经 济情 况 | 配偶情况：未成年子女：父母情况： |
| 申 请救 助理 由 | （此处简述300字以内，后另附申请报告一份）  申请人签名： |
| 所 在工 作单 位审 核意 见 | （此处简述200以内）单位盖章                                                    学校法人签字：年   月    日 |
| 辖市区教育局（教育文体局、社会事业局）意见 |                        （盖章）                                                     年   月    日 |
| 龙城教育英才奖助基金管理委员会意见 | （代章）                                                     年   月    日 |
| 常州市教育发展基金会意见 | （盖章）                                           年   月    日 |

附件4

常州市“龙城园丁关爱行动”相关证明材料

单位盖章：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓   名** |  | **单 位** |  |
| 序 号 | 内   容 | 页号 | 备  注 |
| 1 | 申请表 |  |  |
| 2 | 申请报告 |  |  |
| 3 | 单位证明材料 |  |  |
| 4 | 身份证复印件 |  |  |
| 5 | 教师证复印件 |  |  |
| 6 | 医院诊断证明及病历复印件 |  |  |
| 7 | 医药费凭据及个人因病花费情况证明（所附票据合计数） |  | 万元 |
| 8 | 直系亲人收入证明 |  |  |
| 9 | 其他能证明家庭经济困难的材料 |  |  |

附件5

常州市“龙城园丁关爱行动”推荐申请人汇总表

辖市、区教育行政部门/局属单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **教龄** | **工作单位** | **特困原因** | **本年度救治总金额（万元）** | **本年度个人自费支出金额****（万元）** | **家庭****年收入****(万元)** | **联系电话** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |