

编号：_____



湖北省红十字会
人体器官捐献者家庭困难人道救助
申 请 表

申 请 人：_____（签名、按手印）

申请日期：_____年____月____日

湖北省红十字会 制

须 知

1、湖北省红十字会依据《湖北省人体器官捐献条例》对本省行政区域内经过红十字会实现人体器官捐献的捐献者困难家庭实施人道救助。其人道救助的申请、审核、核准及救助金的拨付和监督管理等按《湖北省人体器官捐献救助基金使用管理办法》(鄂政办发〔2015〕34号)执行。

2、本申请表由捐献执行人(申请人)或其指定的直系亲属或法定的相关单位负责填写,并在封面上签名按手印。

3、申报资料的主要内容是:捐献确认登记表复印件、捐献完成登记表复印件、申请人与捐献者的关系证明材料、捐献者家庭困难情形的证明材料。

4、申报的资料要保证其真实性和完整性。严禁申报资料出现虚假、伪造或隐瞒等行为,一经发现,将不予救助。

5、表格中有“□”栏的为选择栏,请申请人根据实际情况在对应的“□”栏内划“√”。

6、本申请表封面右上角“编号”由省人体器官捐献管理中心统一编号并填写。

捐献者及申请人基本信息	捐献者姓名		性别		捐献日期	
	申请人姓名		性别		出生年月	
	与捐献者关系		身份证号			
	家庭住址				联系电话	
	账号信息	银行卡号				开户银行及所在支行
市州、直管市、神农架林区红十字会审核意见		(盖章) 年 月 日				
省人体器官捐献管理中心审核意见		(盖章) 年 月 日				
省红十字会批准意见		(盖章) 年 月 日				

困难情形	救 助 条 件	(符合的 打“√”)
捐献者 家庭特别 困难	1.捐献者家庭失去主要劳动力的。	
	2.捐献者父母患病、年龄超过 65 岁、无生活保障的。	
	3.捐献者配偶长期患病或无固定收入的。	
	4.捐献者家庭有未成年子女需要抚养的。	
	5.捐献者家庭因病致贫，没有固定住所和收入来源的。	
	6.捐献者家庭成员有符合国家特困供养人员的。	
捐献者 家庭比较 困难	1.捐献者家庭年收入可支配额度低于 1 万元的。	
	2.捐献者父母年龄超过 65 岁、生活保障有困难的。	
	3.捐献者配偶无固定收入的。	
	4.捐献者子女成年但没有就业的。	
	5.捐献者家庭符合国家最低生活保障救助标准的。	
捐献者 家庭 困难	1.捐献者家庭失去非主要劳动力的。	
	2.捐献者家庭年收入可支配额度低于 2 万元的。	
	3.捐献者父母年龄超过 65 岁、父母一方没有收入来源的。	
	4.捐献者家庭有子女上学的。	
	5.捐献者家庭因意外灾害致贫的。	

附： 有关申请资料

湖北省人体器官捐献管理中心

<http://www.hbqgjx.com>

联系电话：027-87327581

传 真：027-87320962

单位地址：湖北省武汉市武昌区天鹅路 15 号