附件2

**中国职工保险互助会青岛办事处爱心助学申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **会员****或代****理人****情况** | **会 员****姓 名** | （必须填写） | **身 份****证 号** | 会员本人身份证号（必须填写） |
| **代理人****姓 名** | （仅在会员死亡或丧失民事行为能力时填写） | **身 份****证 号** | 代理人身份证号（仅在会员死亡或丧失行为能力时填写） |
| **与会员****关 系** | **🞏父母 🞏配偶 🞏子女** | **联 系****电 话** | 会员本人或代理人手机号码（必须填写，二者择一） |
| **会 员****单 位** | （必须填写） |
| **代办员****姓 名** | （必须填写） | **联 系****电 话** | 会员单位代办员手机号码（必须填写） |
| **助学对象情况** | **考 生****姓 名** | （必须填写） | **身 份****证 号** | 会员子女考生身份证号（必须填写） |
| **院 校****专 业** | （必须填写） |
| **助学金额** | **🞏大学本科，4000元 🞏大学专科，3000元** |
| **申请****事由** |  **年 月 日至 年 月 日， （🞏会员本人****🞏会员配偶 🞏会员未成年子女）因：🞏患重大疾病死亡；🞏患重大疾病住院，病种 ，扣除已申领的互助保障金及救助慰问金后，自付医疗费用** **元。** **本人承诺，以上填写内容真实无误。** **申请人签名： 2025年8月 日** |
| **会员****单位****工会****意见** |  **经审核，以上填写内容与证明材料原件情况一致。** **工会主席： 工会（公章）** **2025年8月 日** |
| **区市****工会****意见** |  **经研究，同意该同志申领会员子女爱心助学慰问金。** **工会主席： 工会（公章）** **2025年8月 日** |
| **青岛办事处****意见** |  **建议给予爱心助学慰问金：¥ 元。** **审核人： 会员服务部：** **2025年 月 日** |
| **备注** |  |