附件1

靖边县防返贫帮扶基金使用申请表

镇 村 组 时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 | | 家庭成员 | | | | |
| 姓 名 |  | 姓 名 | 与申请人关系 | 就业状况 | 上学状况 | 健康状况 |
| 性 别 |  |  |  |  |  |  |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |
| 劳动能力 |  |  |  |  |  |  |
| 健康状况 |  |  |  |  |  |  |
| 联系电话 |  |  |  |  |  |  |
| 家庭情况（收入、住房、低保、医疗等情况） | 拟定样板格式 | | | | | |
| 申请原因 | 说明存在返贫致贫的原因 | | | | | |
| 申请人签字 | 本人承诺，上述情况属实。  申请人签字：  时间： 年 月 日 | | | | | |
| 村委意见 | 审核人签字：  时间： 年 月 日 | | | | | |