

伊洁士退役军人关爱金慈善信托申请指南

一、伊洁士退役军人关爱金慈善信托简介

四川省伊洁士医疗科技有限公司发起成立“中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托”，旨在及时、有效地资助退役军人及其直系亲属应对生活中的困难。

二、资助对象及条件

(一)本慈善信托的资助对象为：全国范围内的退役军人及其配偶、子女；

(二)申请本慈善信托资助的需满足以下条件之一：

1、被受资助人所在地民政、居委、村委或其它机构证明、认定为“经济困难”或决策委员会认定为“经济困难”；

2、受资助人遭遇“大病”“不可抗力”“重大意外事件”等需要重大支出的，家庭收入不足以覆盖支出；

3、决策委员会认定可以资助的其他情形。

三、资助范围及资助标准

(一) 疾病资助

因患十四种重大疾病（癌症、白血病、尿毒症、器官移植后抗排异药物治疗、再生障碍性贫血、血友病、系统性红斑狼疮、慢性重症肝炎、重症类风湿性关节炎、强直性脊柱炎、儿童先天性心脏病、耐多药肺结核、糖尿病合并严重并发症、肝豆状核变性）且上个医保年度个人自负部分累计超过人民币2万元（含）的，根据疾病情况给予不同金额的资助，资助金额不超过3万元/人。

(二) 教育资助

困难退役军人家庭子女教育情况，视受教育人的学习阶段提供每学年度的资金帮扶。（高中阶段每年不超过1000元人民币；大学阶段每年不超过2000元人民币。）

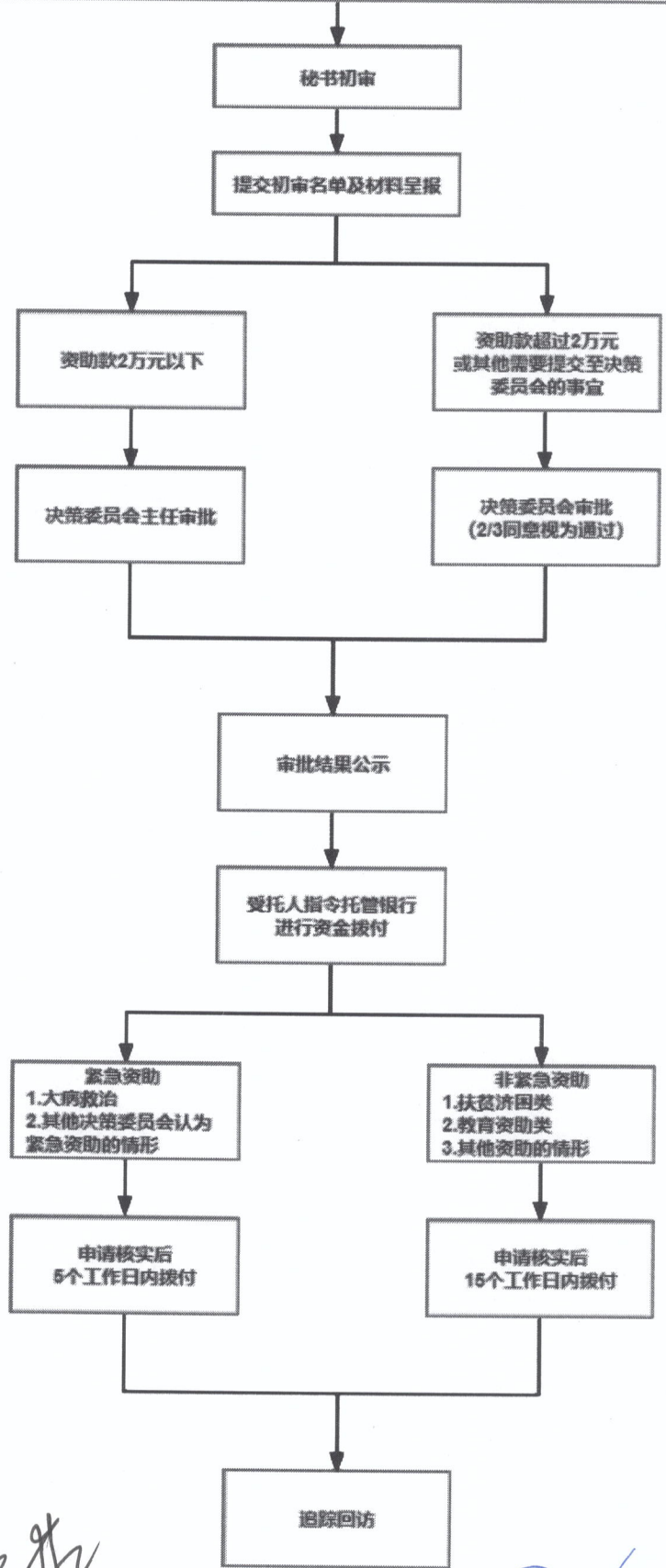
(三) 贫困帮扶

困难的退役军人，困难的烈士、因公牺牲军人、病故军人遗属，和属于低保的退役军人家庭的，一次性给予不超过3000元/人（户）金额。

四、申请资助及审批程序



- 一、填写《中铁信托·伊活士退役军人关爱金慈善信托资助申请表》
- 二、提交相关附件
 - 1、申请人身份证复印件；
 - 2、军人身份及军属关系证明；
 - 3、经济困难的证明、证据或遭遇“大病”“不可抗力”“重大意外事件”等需要重大支出的证明材料；
 - 4、决策委员会认可应当补充提交的其他材料。



李林

孔令

王

五、资助原则

慈善信托款项不足以资助当月所有项目时，按照先申报原则及紧急优先原则进行资助。

- 1、先申报原则：先申报的优先于后申报的获得资助；
- 2、紧急优先原则：所申报项目属于紧急类的，优先于非紧急类所得资助。

紧急优先原则应优先适用于先申报原则。

六、申请材料清单及相关文件模板

中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请材料清单

附件 1：中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请表

附件 2：贫困证明

附件 3：中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助款接收证明

附件 4：中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请须知

附件 5：中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托申请者承诺书

附件 6：疾病证明

附件 7：在读证明



中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请材料清单

序号	文件	提交要求	原件/复印件	份数	备注
无论申请哪类资助均需提交基础材料以下第 1-9 项(申请贫困帮扶类提交第 1-9 项即可)					
1	中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请表(附件 1)	需申请人亲笔签名加按手印	原件	1	
2	退役军人退役军人证等相关证明材料	复印件信息清晰可见	复印件	1	
3	退役军人身份证	正反面复印, 身份证信息复印后清晰可见, 复印件上手写姓名和身份证号码	复印件	1	
4	用于接收救助款的银行卡	银行复印件上卡号等信息清晰可见, 复印件上手写完整信息(开户人, 卡号, 开户行)	复印件	1	
5	受助者身份证	正反面复印, 身份证信息复印后清晰可见, 复印件上手写姓名和身份证号码	复印件	1	受助者为退役军人本人, 不需重复提交此项
6	受助者与退役军人关系证明(户主页+退役军人页+受助者页/出生证明/结婚证, 三选一, 能证明关系即可);	复印件上信息清晰可见	复印件	1	
7	贫困证明(附件 2)	加盖所在居委或村委或街道或当地民政局公章	原件	1	这两项二选一进行提交
8	低保/低收/特困户/建档立卡贫困户/五保户/烈士证等证明文件	提供时效最新的证件, 且复印上信息清晰可见	复印件	1	
9	中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助款接收证明(附件 3)	需收款人亲笔签字, 并加按手印	原件	1	收到款项后 5 天内提交
申请疾病资助需补充提交以下第 10-16 项材料					
10	中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请须知(附件 4)	需申请者或监护人亲笔签字, 并加按手印	原件	1	
11	中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托申请者承诺书(附件 5)	需申请者或监护人亲笔签字, 并加按手印	原件	1	
12	疾病证明(附件 6)	三甲及以上医院主治医生亲笔签字或加盖医院公章	原件	1	
13	诊断证明	若提交资料为复印件需加盖医院公章, 且复印件上信息清晰可见	原件/复印件	1	
14	三甲及以上救治医院出具的收费票据	若提交资料为复印件需加盖医院公章, 且复印件上信息清晰可见	原件/复印件	1	

15	救治医院出具的《医疗保险费用结算单》	若提交资料为复印件需加盖医院公章，且复印件上信息清晰可见	原件/复印件	1	
16	申请时间上一年的医保缴费单	若提交复印件，复印件上信息清晰可见	原件/复印件	1	
申请教育资助需补充提交以下第 17-18 材料					
17	在读证明（附件 7）	加盖学校公章	原件	1	可使用学校提供在证明模板，必要信息为姓名，身份证号码，在读班级
18	学费缴费票据	票据申请时间的当期或上学期收据或发票，复印件上信息清晰可见	复印件	1	





附件 1

中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请表

一、退伍军人信息					
姓名		性别			
身份证号码		联系方式			
家庭详细住址					
与受助人关系	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 夫妻 <input type="checkbox"/> 父子 <input type="checkbox"/> 父女 <input type="checkbox"/> 母子 <input type="checkbox"/> 母女				
二、受助人信息					
姓名		性别			
身份证号码		联系方式			
家庭详细住址					
三、家庭情况					
家庭成员(关系)	姓名	职业/年级	月收入(元)	收入来源	健康情况
本人					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 重大疾病或残疾
夫妻					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 重大疾病或残疾
子女					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 重大疾病或残疾
子女					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 重大疾病或残疾
子女					<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 慢性疾病 <input type="checkbox"/> 重大疾病或残疾
注：无论有无收入，退伍军人本人及其配偶、所有子女的信息都要填入上表					
四、子女就读情况					
子女姓名		学校全名		学校所在城市	___省___市
就读班级		学校类型	<input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 中专 <input type="checkbox"/> 3+2 大中专 <input type="checkbox"/> 大学本科 <input type="checkbox"/> 大专		学制 ___年
子女姓名		学校全名		学校所在城市	___省___市
就读班级		学校类型	<input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 中专 <input type="checkbox"/> 3+2 大中专 <input type="checkbox"/> 大学本科 <input type="checkbox"/> 大专		学制 ___年
子女姓名		学校全名		学校所在城市	___省___市

就读班级		学校类型	<input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 中专 <input type="checkbox"/> 3+2 大中专 <input type="checkbox"/> 大学本科 <input type="checkbox"/> 大专	学制	____年
------	--	------	---	----	-------

五、疾病情况

患者姓名		确诊时间	____年____月
------	--	------	------------

患病情况	<input type="checkbox"/> 癌症	<input type="checkbox"/> 白血病	<input type="checkbox"/> 尿毒症	<input type="checkbox"/> 慢性重症肝炎
	<input type="checkbox"/> 血友病	<input type="checkbox"/> 系统性红斑狼疮	<input type="checkbox"/> 强直性脊柱炎	<input type="checkbox"/> 耐多药肺结核
	<input type="checkbox"/> 肝豆状核变性	<input type="checkbox"/> 儿童先天性心脏病	<input type="checkbox"/> 重症类风湿性关节炎	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病合并严重并发症		<input type="checkbox"/> 再生障碍性贫血	
	<input type="checkbox"/> 器官移植后抗排异药物治疗			

患者姓名		确诊时间	____年____月
------	--	------	------------

患病情况	<input type="checkbox"/> 癌症	<input type="checkbox"/> 白血病	<input type="checkbox"/> 尿毒症	<input type="checkbox"/> 慢性重症肝炎
	<input type="checkbox"/> 血友病	<input type="checkbox"/> 系统性红斑狼疮	<input type="checkbox"/> 强直性脊柱炎	<input type="checkbox"/> 耐多药肺结核
	<input type="checkbox"/> 肝豆状核变性	<input type="checkbox"/> 儿童先天性心脏病	<input type="checkbox"/> 重症类风湿性关节炎	
	<input type="checkbox"/> 糖尿病合并严重并发症		<input type="checkbox"/> 再生障碍性贫血	
	<input type="checkbox"/> 器官移植后抗排异药物治疗			

六、家庭支出情况

家庭教育支出月均 1000 元以下 1001 元-3000 元 3001 元-5000 元 5001 元以上

家庭医疗支出月均 1000 元以下 1001 元-3000 元 3001 元-5000 元 5001 元以上

七、现领取资助情况

低保 低收 特困户 建档立卡贫困户 五保户
烈属定期抚恤金 其他_____ 无

八、申请资助类型

疾病资助 子女教育资助 贫困帮扶

九、资助款拨款银行账号信息（只能是退伍军人或受助人）

银行帐号		开户人姓名	
开户行全称		银行所在地区	____省____市

申请人（签名）： _____ 日期： ____年__月__日

秘书初审意见：

签名： _____ 日期： ____年__月__日

决策委员会意见：

签名或盖章 _____ 日期： ____年__月__日





贫困证明

我辖区居民 XXX（身份证号码：12345678912）

居住地址为：XXXXX

家庭情况（人员、收入、支出等情况）/重大变故/家庭成员重大疾病情况 XXXXXX（主要描写为什么需要社会帮扶的情况等）。

以上情况属实，特此证明。

（受助人所在居委或村委或街道或当地民政局盖章确认）

日期： 年 月 日

李永红 张奇 张

中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助款接收证明

收款方 _____ (受助者本人 / 受助者配偶 / 受助者配偶), 于 _____ 年 _____ 月 _____ 日收到中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托捐赠汇款, 即人民币 _____ (大写) _____ (小写: ¥ _____ 元)。此款项用于救助中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托的受助者(姓名): _____, 身份证号码: _____。

特此证明, 并感谢贵信托的救助。

   收款人
(签字加盖手印)

日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请须知

1. “中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托”（以下简称“本信托”）为慈善救助，申请者参加申请和接受慈善救助均属自愿行为。本信托对申请人病情和治疗不承担任何责任。申请者应遵医嘱，以规范治疗为原则，及时定期接受治疗。
2. 本信托决策委员会有权对申请者的在读情况、医学、经济等情况进行抽查，如遇到不配合或发现造假及其他不良行为，将有权取消对该申请者的慈善救助，并由该患者承担相应的法律责任。
3. 申请人有责任和义务配合本信托用于公益目的的宣传和采访活动，并同意使用照片、录像等资料



申请人或监护人

（签字加盖手印）

日期： 年 月 日

中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托申请者承诺书

本人已认真阅读、完全理解和认同“中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托资助申请须知”。本人承诺将严格遵守本须知中的各项规定。

本人郑重承诺，所提供的全部申请材料均真实准确，所提供的各项关于身体情况、疾病情况、贫困情况的信息均真实，符合本须知的要求。本人愿意接受中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托决策委员会的调查核实。

本人完全知晓并接受，任何不实申报或违反慈善援助相关规定的行为，所产生的导致慈善救助立即终止的后果。

本人将严格按照医嘱，以规范治疗为原则，及时定期接受治疗。在出现任何不良反应时，将于第一时间告知经治医生，并承诺不因此向中铁信托·伊洁士退役军人关爱金慈善信托提出任何赔偿要求。



申请人或监护人

(签字加盖手印)

日期： 年 月 日

附件 7 (可使用学校提供在证明模板, 必要信息为姓名, 身份证号码, 在读班级)

在读证明

兹证明 XXX, 性别 X, 出生于 XXXX 年 XX 月 XX 日, 学号 XXXX, 身份证号码 XXXX, 于 XXXX 年 XX 月 XX 日进入我校学习, 现为我校 X 年级 X 班的学生。

特此证明。



证明人(班主任)签字:

学校盖章:

日期: 年 月 日

疾病证明

我院患者 XXX（身份证号码：12345678912），于 XX 年 XX 月 XX 日查处患有 XX 疾病。现时病情 XXX，估计需要 XX 时间 XX 元进行康复，家庭情况/患病情况 XXXXXX（主要描写为什么需要社会帮扶的情况）。

主治医生：XXX

联系方式：XXXXXXXXXXXX



情况属实（医生签字或医院盖章确认）

日期： 年 月 日