附件5

济宁医学院

学生自愿放弃家庭经济困难认定备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 学号 |  |
| 出生年月 |  | | 身份证号码 | | |  | |
| 民族 |  | | 联系电话 | | |  | |
| 学院班级 | | |  | | | | |
| 特殊类型  （填序号） | | | 1. 脱贫家庭学生/脱贫享受政策家庭学生；2.脱贫不稳定家庭学生/防止返贫监测帮扶对象；3.边缘易致贫家庭；4.突发严重困难家庭；5.城乡低保家庭；6.低保边缘家庭；7.特困救助/重点困境儿童； 8.支出型困难学生； 9.其他低收入家庭； 10.孤儿； 11.事实无人抚养儿童； 12.残疾学生； 13.优抚对象学生/烈士子女 | | | | |
| 家庭详  细住址 | | |  | | | | |
| 共同生活  家庭人口数 | | | （人） | | 家庭年  人均收入 | | （元/人） |
| 个人自愿放弃理由 | | 本人充分知晓家庭经济困难学生相关资助策，  因 （原因），自愿放弃本次家庭经济困难学生认定资格及国家助学金资助，且家长已知情。    手写签名（手印）： 年 月 日 | | | | | |

本表纸质版学院留存，PDF扫描电子版上报学校