附件6

山东省高等教育资助申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 学校名称： | | | | | | | |  |  |  |  |  |
| 学生 基本 情况 | | 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生日期 |  | | 身份  证号 |  | |
| 入学  年月 | |  | | | 班级 |  | 民族 |  | 联系  电话 |  | |
| 家庭地址 | | |  | | | | | | 是否申请教育资助 | □是 □否 | |
| 开户行  名称 | | |  | | | | 社保卡（银行卡）卡号 | |  | | |
| 学生家庭基本信息 | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  成员 | | 姓名 | | | 年龄 | 与学生 关系 | 工作（学习）单位 | | | | | 年收入 （元） | 健康 状况 |
|  | | |  |  |  | | | | |  |  |
|  | | |  |  |  | | | | |  |  |
|  | | |  |  |  | | | | |  |  |
|  | | |  |  |  | | | | |  |  |
| 共同生活家庭人口数（人） | | | | |  | | 家庭年人均收入（元） | | | | |  | |
| 若为特殊类型，可勾选 | | | | □ 原建档立卡 □ 特困救助供养 □ 残疾学生 □ 残疾人子女 □ 孤儿  □ 事实无人抚养儿童 □ 重点困境儿童 □ 烈士子女 □ 低保 □ 低保边缘  □ 其他原因（如家庭遭受重大自然灾害或重大突发意外、家庭成员患重大疾病等）造成经济特别困难的。 | | | | | | | | | |
| 申请原因 | | | 家庭经济情况简要说明： | | | | | | | | | | |
| 个人承诺 | | | 本人承诺以上所填写资料真实，如有虚假，愿意承担相应责任。   承诺内容（手写）：  学生签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 社会救助家庭经济状况核对授权 | | | 授权各级学生资助管理机构可以通过社会救助信息平台对收入、财产、支出等情况进行信息查询核对，包括但不限于入户调查和到公安、人社、住建、交通、市场监管、税务、自然资源、公积金中心、银行、保险、证券等部门、机构进行核查和信息比对，该授权当学年内有效。    所有监护人签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 反面\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*以下由学校填写\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭经济困难认定情况 | 班级评议 | | 推荐档次 | | A.家庭经济特殊困难 □ | | | | | 评议小组意见：  成员签名：    年 月 日 | | | |
| B.家庭经济困难 □ | | | | |
| C.家庭经济一般困难 □ | | | | |
| D.家庭经济不困难 □ | | | | |
| 认定审核 | | 认定 小组 意见 | | □ 同意班级评议意见 | | | | | 认定小组意见：   组长签名：  年 月 日 | | | |
| □ 经审核，建议调整为： | | | | |
| 公示结果：经 月 日至 月 日公示2天无异议。 | | | | | | | | | | |
| 资助工作领导小组意见 | | □ 同意认定小组意见。 | | | | | 领导小组意见：   组长签名（盖章）：  年 月 日 | | | |
| □ 经认定，建议调整为： | | | | |
| 公示结果：经 月 日至 月 日公示5天无异议。 | | | | | | |
| 资助项目评审情况 | 资助项目评审 | | 评审小组意见 | | □ 享受一档国家助学金 | | | | | 评审小组意见：    组长签名：  年 月 日 | | | |
| □ 享受二档国家助学金 | | | | |
| □ 享受三档国家助学金 | | | | |
| □ 享受一档校内助学金 | | | | |
| □ 享受二档校内助学金 | | | | |
| □ 享受三档校内助学金 | | | | |
| □ 享受减免学费 | | | | |
| □ 其他资助项目 | | | | |
| □已获得励志奖学金 | | | | |
| 资助项目决定 | | 资助工作领导小组意见 | | □ 同意评审小组意见 | | | | | 领导小组意见：   （加盖学校公章）   组长签名（盖章）：  年 月 日 | | | |
|
| □ 经评审，建议调整为： | | | | |
|
| 公示结果：经 月 日至 月 日公示5天无异议。 | | | | | | |