**党徽在闪耀 共筑大学梦**

**2023年彩虹助学圆梦“日照爱尔眼科杯”助学申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 身份证号码 |  | 一寸免冠照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 高中毕业院校 |  | 高考成绩 |  |
| 家庭详细地址 |  |
| 开户行帐号 |   |
| 联系人（电话） |  |
| 录取院校 |  |
| 个人简历 |
| 何年月至何年月 | 在何地何校学习、任职 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 家庭主要成员情况简介 | 姓名 | 称谓 | 年龄 | 身体状况 | 联系电话 | 在何处、任何职 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申请理由 |  |
| 是否享受低保及政府其它待遇： 是 否 |
| 当地村民委会或民政意见 |  | 爱心单位审核意见 |  | 志愿者协会审核意见 |  |
| **注明：**当年考取一本/二本的农村低保、重疾、失独、烈属、下岗职工家庭学生优先。 |

联系方式：日照彩虹志愿者协会邮箱：rzchzyz@163.com电话：0633-8265968