**新疆石河子职业技术学院 学年**

**家庭经济困难学生认定申请表**

学校：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 二级学院：\_\_\_ \_\_\_\_\_ 专业：\_\_\_\_\_\_\_\_ 年级：\_\_\_\_\_\_\_\_ 班级：\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生基本情况 | 姓名 |  | | 性别 | |  | 出生年月 | |  | | 籍贯 |  |
| 身份证  号 码 |  | | 家庭人口 | |  | 手机号码 | |  | | | |
| 详细通  讯地址 |  | | | | | | | | | | |
| 邮政编号 |  | | 家长手机号码 | | | | |  | | | |
| 家庭成员情况 | 姓名 | 年龄 | 与学生关系 | 工作（学习）单位 | | | 职业 | | 年收入（元） | | 健康状况 | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |  | |  | |
| 特殊群体类型 | **脱贫家庭学生：**□是 □否；**脱贫不稳定家庭学生：**□是 □否；**边缘易致贫家庭学生：**□是 □否；**突发严重困难家庭学生：**□是 □否；**低保家庭学生：**□是 □否；**低保边缘家庭学生：**□是 □否；**特困救助供养学生：**□是 □否；**刚性支出困难家庭学生：**□是 □否；**其他低收入学生：**□是 □否；**孤儿：**□是 □否；**事实无人抚养儿童：**□是 □否；**残疾学生：**□是 □否；**残疾人子女：**□是□否；**烈士子女：**□是 □否。 | | | | | | | | | | | |
| 影响家庭经济状况其他有关信息 | □1.家庭人均年收入:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。  □2.家庭遭受自然灾害情况:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  □3.家庭遭受突发意外事件:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  □4.家庭成员因残疾、年迈而劳动能力弱情况:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  □5.家庭成员失业情况:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  □6.家庭欠债情况:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  □7.其它情况:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  （注: 1.请按实际情况勾选，并注明相应情况; 2.请尽可能提供相应佐证材料。） | | | | | | | | | | | |
| 个人承诺 | 承诺内容：  （注:本人手工填写“本人承诺以上所填写资料真实，如有虚假，愿承担相应责任。”） | | | | | | | 学生本人  （或监护人）签字 | | 年 月 日 | | |
| 班级评定建议 | A.家庭经济特别困难 □  B.家庭经济困难 □  C.家庭经济一般困难 □  D.家庭经济不困难 □ | | | | 陈述理由:  评议小组组长签字:  年 月 日 | | | | | | | |
| 院（系、年级）意见 | 经评议小组推荐、本院(系、年级)认真审核并公示\_\_\_\_\_\_个工作日后，  □ 同意评议小组意见。  □ 不同意评议小组意见。建议调整为:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；  调整理由: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  院系主管领导签字(加盖部门公章)：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 校级认定意见 | 经学生所在院(系、年级)提请，本机构认真核实并公示\_\_\_\_\_\_个工作日后，  □ 同意工作组和评议小组意见。  □ 不同意工作组和评议小组意见。建议调整为:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；  调整理由:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。  负责人签字(加盖部门公章) ：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 上一学年评定档次: 口特困 口困难 口一般困难 口不困难(新生不需要填写) | | | | | | | | | | | | |

备注:A4正反面打印