

芜湖医药卫生学校

校学字〔2019〕15号

关于印发《芜湖医药卫生学校校内资助困难 补助管理办法》的通知

各处室、科室：

《芜湖医药卫生学校校内资助困难补助管理办法》已经校务委员会审议通过，现予印发，请认真执行、遵照执行。



芜湖医药卫生学校校内资助困难补助

管理办法

为了落实省、市有关文件精神，切实资助家庭经济困难的学生，不让一个学生因家庭经济困难而失学，我校特制定本办法。

一、组织机构

学校建立健全包含学校资助领导小组、学保处资助管理科和各班级资助评议小组在内的组织机构体系。

二、资助对象

- 1.孤儿;
- 2.低保家庭子女;
- 3.特困供养学生;
- 4.福利机构收养人员;
- 5.残疾人员或残疾家庭子女（指学生或父母为一级或二级残疾）;
- 6.家中遭受重大自然灾害或突发意外事件等情况;
- 7.本办法原则上主要针对在籍在校的一、二年级学生。

三、资助标准

1000元/学期

四、审批手续



1.符合困难补助的学生，由学生本人提出申请。

提交材料包括：本人书写申请书、填写申请表、家庭户口本原件及复印件、残疾证原件及复印件和其他证明材料。

（复印件留存，原件为审核使用）

2.由班级初审后，资助管理科进行二级评审，校资助领导小组进行三级评审，评审通过后，公示5个工作日，无异议后，汇总并以打卡方式将资助经费发放至学生银行卡。

五、本办法由资助管理科负责解释,自发布之日起实施。

附件：校内资助困难补助申请表



附件

校内资助困难补助申请表

| | | | | | | | |
|-------------------|--|--------|--|-----------|------|-----------|--|
| 学生姓名 | | 性 别 | | 出生 年月 | | 民族 | |
| 户籍 | | | | 班级 | | 入学时间 | |
| 家庭人口总数 | | | | | 联系电话 | | |
| 家庭住址 | | | | 家庭 年收入 | | 人均 年收入 | |
| 申请理由 及 本人承诺 | 申请理由： 承诺：本人承诺以上所填写资料真实，如有虚假，愿承担相应责任。 申请人/承诺人签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 班级审核 | 班主任签字： 年 月 日 | | | | | | |
| 资助中心 审核 | 负责人： 公章 年 月 日 | | | | | | |
| 学校审核 | 负责人： 公章 年 月 日 | | | | | | |

