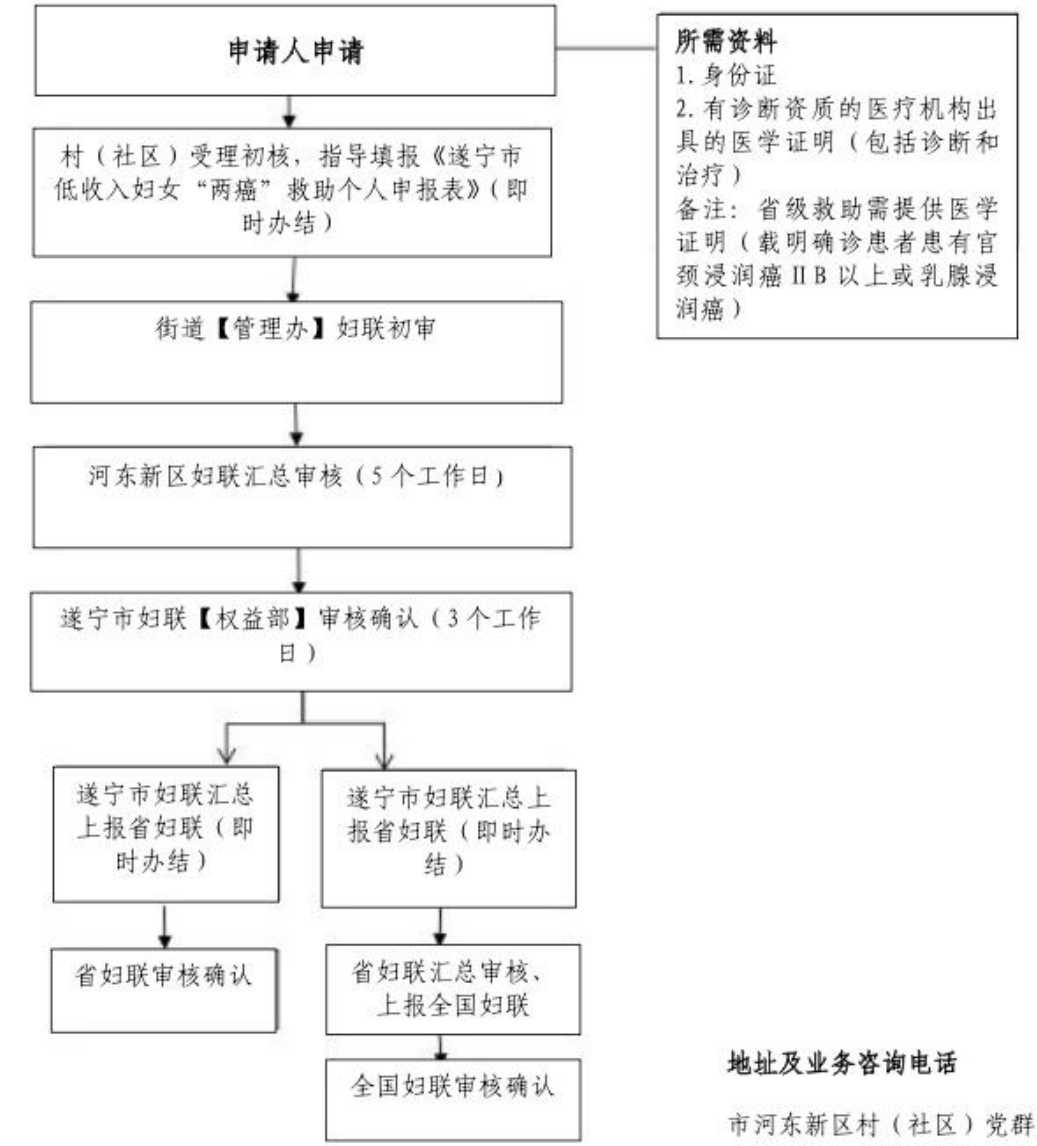
遂宁市河东新区妇女联合会“四个服务”事项清单

序号	履职事项	工作事项名称	工作事项类别	责任人	对应流程图
1	参与妇女卫生保健工作和乡村振兴工作	低收入妇女“两癌”救助	其他类	袁沐	流程图：低收入妇女“两癌”救助申请 承诺办结时限：新区妇联汇总审核5个工作日

流程图

低收入妇女“两癌”救助申请



办理条件

低收入妇女：低保对象、特困人员、易返贫致贫人口、因病因灾因意外事故等刚性支出较大或收入大幅缩减导致基本生活出现严重困难的妇女

地址及业务咨询电话

市河东新区村（社区）党群服务中心
市河东新区各街道（管理办公室）
市河东新区妇联(灵云路1号), 0825-2910252
遂宁市妇联(遂宁市河东新区环岛中心5610室), 0825-2213715
乡级承诺办理(结)时限: 1个工作日
县级部门承诺办理(结)时限: 5个工作日
市级部门承诺办理(结)时限: 3个工作日

遂宁市低收入妇女“两癌”救助个人申报表

<table>
<tr><td rowspan="4">申请人
基本情况</td><td>姓　　名</td><td></td><td>年　龄</td><td></td><td>民　族</td><td></td></tr>
<tr><td>户籍所在地</td><td></td><td>家庭住址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>身份证号码</td><td></td><td>联系电话</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">家庭情况</td><td>家庭年总收入（元）</td><td></td><td>年人均纯收入（元）</td><td></td><td>家庭人口数</td><td></td></tr>
<tr><td>称　谓</td><td>姓　　名</td><td>年　龄</td><td colspan="3">从　事　职　业</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>申请救助
对象类别</td><td colspan="6">☐低保对象（☐城镇低保　☐农村低保）　☐特困人员
☐孤儿（含艾滋病病毒感染儿童）、事实无人抚养儿童
☐衔接期内脱贫人口（监测对象）</td></tr>
<tr><td>申报救助
病种</td><td colspan="2">☐宫颈癌　☐乳腺癌</td><td>患病程度</td><td colspan="3">☐ⅡB/ⅢC /IV　☐浸润</td></tr>
<tr><td>申请原因</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>申请人
承诺</td><td colspan="6">本人郑重声明，之前未领取过中央专项彩票公益金支持低收入妇女/农村贫困母亲“两癌”救助资金、未领取过四川省低收入妇女/省级贫困妇女“两癌”救助专项资金、未领取过遂宁市低收入妇女/贫困妇女“两癌”救助民生实事项目资金。本次申报提交的证明材料都真实、有效，无任何虚假信息。如发现存在虚报冒领行为，愿负相应的法律责任，本人承担由此产生的一切后果。

承诺人（签字）:　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>村（居）
委会意见</td><td colspan="2">（盖章）
年　月　日</td><td>乡镇
意见</td><td colspan="3">（盖章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td>县（市、区）
妇联意见</td><td colspan="6">（盖章）
年　月　日</td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

申请人签字:　　年　月　日