附件二

**新乡医学院三全学院家庭经济困难学生认定申请表**

**学校：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学生本人基本情况** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 身份证号码 |  | 政治面貌 |  | 家庭人均年收入 | 元 |
| 学 院 |  | 专业 |  | 学号 |  |
| 年 级 |  | 班 |  | 在校联系电话 |  |
| **学生陈述申请认定理由** |  学生签字： 年月 日**注：可另附详细情况说明。** |
| **民主评议** | 推荐档次 | A.家庭经济一般困难 □ | 陈述理由 | 评议小组组长签字： 年 月 日 |
| B.家庭经济困难 □ |
| C.家庭经济特殊困难 □ |
| D.家庭经济不困难□ |
| **认定决定** | 书院意见 | 经评议小组推荐、本书院认真审核后，□ 同意评议小组意见。□ 不同意评议小组意见。调整为 。工作组组长签字： 年 月 日 | 学生资助中心意见 | 经学生所在书院提请，本机构认真核实，□ 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。调整为： 。负责人签字：  年 月 日（加盖部门公章） |