**附件2（样表，单发Excel表）**

|  |
| --- |
|  **慈善工作站救助人员情况明细表** |
| **慈善工作站名称（盖章）： 申报日期：** |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **低保/低收入** | **救助类别** | **家庭困难情况** | **拟救助金额（元）** |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| **共计救助人数** |  | **救助总金额** | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **注：1、（低保/低收入）一栏以低保、低收入证为准，没有的请填否。** |
|  **2、救助类别一栏分为五类（助困、助医、助老、助残、助学），请根据实际救助情况填写。** |