**无锡市红十字心理危机干预门诊**

**心理咨询免费申请表**

编号： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 | |  | 身份证号 | |  |
| 家庭住址 |  | | | | | | | 联系电话 | |  |
| 所属社区 |  | | | 工作单位 | | | |  | | |
| 困难情况  （提供证明） | 申请人签名： | | | | | | | | | |
| 诊断 | 医生签名： | | | | | | | | | |
| 市红十字心理援助中心意见 | 签字： (盖章)  年 月 日 | | | | | 市红十字会意见 | | | (盖章)  年 月 日 | |

注：此表格一式两份填写。

1. 免费对象：患有心理疾患的以下人群。
2. 具有本市户籍或持有本市居住证2年以上的低保对象、残疾人、低收入家庭（家庭成员人均收入在当地最低生活保障标准两倍以内）；
3. 市属高校（或省属驻锡高校）、本市中小学困难学生。
4. 所需提供证明材料（复印件）：□身份证 □户口本 □居住证

□学生证 □低保证 □残疾证 □收入证明

1. 初次申请需提供以上证明材料，每次减免62元，全年不超过6次，

复诊只需再填此申请表，无需证明材料。