**所属项目： 档案编号：**

**助医申请表**

患儿姓名： 申报日期： 年 月 日

患儿性别： 出生日期： 年 月 日

通信地址：

邮政编码：

监护人姓名： 联系电话：

志愿者姓名： 联系电话：

电子邮件:

所患病症：

|  |  |
| --- | --- |
| 患儿日常生活照片 | 粘 贴 处 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **监护人约定书**   1. 本助医申请表由深圳市慈缘慈善基金会（以下简称“慈缘基金会”）制作，最终解释权归慈缘基金会。 2. 慈缘基金会救助范围为0-17岁困境家庭患病儿童及特殊困难患病儿童。 3. 所有申报资料由患儿的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。确保通讯方式的有效性，如有变更应立即通知项目组。对填报有实际困难的，可以由志愿者协助填报，由患儿监护人按手印（红色）确认。 4. **本申报表的递交并不代表已通过审核获得医疗救助。**慈缘基金会负责所有申报资料的审核和审批工作。 5. 得到慈缘基金会审批资助的患儿,资助款的拨付由慈缘基金会统一协调负责。 6. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，慈缘基金会将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将依法追究法律责任。 7. 患儿监护人直接与治疗医院签署手术知情书，并承担手术方案的认定及手术风险和后果。如出现医疗事故，患儿监护人自行和医院协商解决。 8. 所有得到医疗资助的患儿监护人均有义务配合慈缘基金会进行慈善传播和筹款的采访活动，并同意使用照片、影像等资料。 9. 所有资助款只能用于医疗救助，直接拨款至受助患儿所在医院账户，如有指定捐款，按照指定用途使用。出院结算时，剩余治疗款将全部退回基金会账户。指定捐款如果超出患儿的治疗费用，患儿治疗结束6个月后，将转给其他需要帮助的孩子。 10. **患儿出院后需提供医院正规收费票据，**基金会支付金额原则上应不高于票面个人支付金额（即不含新农合、医保支付部分）；尽量提供票据原件，提供原件有困难的可以使用医院发票复印件，发票复印件上必须注明基金会支付金额并由项目负责人签字确认。 11. 患儿家庭接收的任何捐助款项都须第一时间通报给慈缘基金会，慈缘基金会将合理调配捐款用途。患儿家长收到的捐款须定期公示收支明细，如有银行须设立公众查询功能。不得用于家庭还债，监护人不得擅自挪用，不得用于患儿治疗之外的其他开销。     **患儿监护人同意上述约定确认签字（手印）：**  **申请日期：** | | | | | | | | | | | | | |
| **转 捐 声 明**  患儿（姓名） 由慈缘基金会救助，现声明在孩子治疗结束后，家属自愿将慈缘基金会所筹善款余款用于救助其他贫困大病患儿，将爱心传递。    患儿监护人签字（手印）：  日期： | | | | | | | | | | | | | |
| **患儿基本信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | | 性 别 | |  | 出生日期 | | | | 年 月 日 | |
| 身份证号 | |  | | | | | | 民 族 | | | |  | |
| 病情诊断 | |  | | | | | | 身高 | |  | | 体重 |  |
| 户籍所在地 | |  | | | | | | | | | | | |
| 现家庭住址 | |  | | | | | | | | | | | |
| **家庭成员信息** | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 与患儿关系 | | | 年龄 | | 工作单位及职务 | | | 年收入/元 | | 健康状况 | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
|  |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 家庭成员  有无低保 | | | □无 □有  共 人有低保，每人每月 元，合计 元 | | | | | | | | | | |
| 家庭支出及  债务情况  （可按支出费用类别分别写出） | | | 支出：患儿上学花费\*\*元/年；爷爷奶奶看病花费\*\*元， | | | | | | | | | | |
| 债务：\*\*年\*\*月\*\*日，向 借款/贷款 元，用于 (用途)，所有都写上。 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **过往治疗情况** | | | | | | | | | | |
| 治疗时间 | 治疗医院 | | | 治疗病症 | 治疗花费 | | | 报销费用 | | 其他 |
|  |  | | |  |  | | |  | |  |
|  |  | | |  |  | | |  | |  |
| **最新治疗情况** | | | | | | | | | | |
| 就诊医院 | |  | | | | | | | | |
| 主治医生 | |  | | | | | 治疗方案 |  | | |
| 治疗费用预算 | |  | | 家庭自筹费用 | | |  | 治疗费用缺口 | |  |
| 医保情况 | | □城镇医保 □新农合 □其他 □无，原因 | | | | | | | | |
| 报销比例 | | □知道 % □不知道 | | | | | | | | |
| **其他基金会申请情况（如没有，机构名称第一行填“无”）** | | | | | | | | | | |
| 机构名称 | | | 申请日期 | | | 是否批复 | | | 资助额度 | |
|  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | |
|  | | |  | | |  | | |  | |

|  |
| --- |
| **家庭情况及患儿病情详述（必填项）**  1.详细描述家庭情况（如：家庭人员构成、工作单位、收入，每年的支出等）  2.详细描述患儿病情（如：何时确诊、求医路、就诊医院、治疗方案等） |
|  |

**附件：**

**申请人填写申请表后，还需要提供以下资料：**

**（特别说明：本申请表的递交只是提交申请，并不代表已通过审核得到慈缘基金会的救助。）**

**1．身份证明材料**

（1）患者本人和监护人的身份证明（身份证、户口本复印件）；如患儿无户口本，须当地政府或民政开具的身份证明函。

（2）患儿的医保卡或证明的复印件。

**2. 家庭情况及收入证明（原件）**

（1）患儿家庭情况书面说明，须经村委会、乡镇政府或居委会、街道办事处章，并注明开证人联系电话方可有效。

（2）低保家庭，需提供低保证复印件。

**3. 患儿病情诊断证明**

如彩超报告、诊断书，以往治疗手术记录、出院小结等。

**4. 电子照片收集**

患儿生活照片（横版3张以上）

**资料邮寄地址：**

办公地址：北京市朝阳区小关北里甲2号渔阳置业大厦A602室

慈缘基金会 项目组(收)

邮编：100029

慈缘热线：010-84860299

**注：电子版照片 请Email至：ciyuan@meetcharity.org并注明：地区+姓名**

**例如：（**慈缘基金会助医申请表-地区-姓名-所患病症-联系电话**）。**