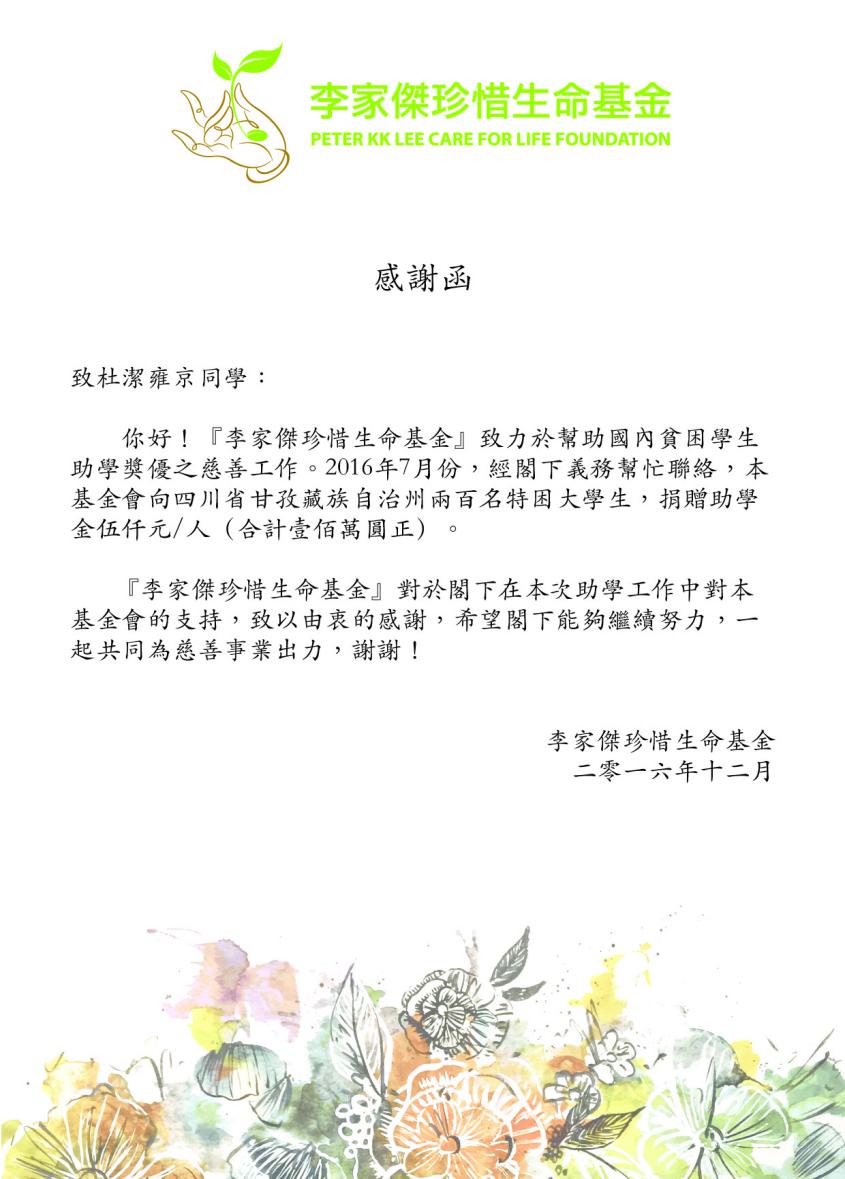
附件1



孤贫儿童救助项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患儿证件相片 | | 患儿生活照 | | | | |
|  | |  | | | | |
| 患儿姓名 |  | | 患儿身份证 |  | | |
| 性别 |  | | 出生年月日 |  | | |
| 民族 |  | 身高 |  | 体重 |  | |
|  | 姓名 | 联系电话（手机） | 关系 | 微信号 | 身份证 | |
| 监护人1 |  |  |  |  |  | |
| 监护人2 |  |  |  |  |  | |
| 家庭住址 |  | | | | 邮政编码 |  |
| 家庭固定电话 |  |  | 是否孤儿或单亲 |  | | |

说明1：该申请表向『瑞银慈善基金会』申请救助之患儿

说明2：资助款项来自『李家杰珍惜生命基金』

申请人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

签字日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请须知

1. 本项目是基于『李家杰珍惜生命基金』提供救助资金，由瑞银慈善基金会与广州医科大学附属第一医院联合开展的公益活动，救助对象为全国范围内 0-18 周岁贫困家庭的先天性心脏病患儿；
2. 患儿的所有申请资料由患儿的法定监护人负责填报，所有申请资料必须真实、完整。
3. 申请资料包括：
   1. 完整填写“申请表”。
   2. 患儿及其法定监护人的户口本及身份证复印件。
   3. 乡镇以上政府部门开具的家庭贫困证明（需要有开具证明单位的联系电话）
   4. 患儿疾病的医院诊断证明和病历等相关资料。（含患儿近期 B 超检查报告）
   5. 当地报销部门（农村合作医疗或城镇医保）出具的报销比例证明。
4. 本申报表的递交并不代表已经评审获得医疗救助。
5. 该申请表经相关救治资助单位审核后，对同意资助手术患儿，将通知家属携患儿到广州医科大学附属第一医院住院治疗。
6. 符合条件并自愿参加贫困先心病儿童救助活动的患儿法定监护人（父母）须签署承诺书，并承担相应的治疗费用（除社保、新农合及基金补助以外部分）和责任。
7. 获得资助的患儿监护人有责任和义务配合主办活动单位对有关该患儿的公益宣传和采访活动，并同意使用该患儿相关的照片、影像等资料。
8. 本救治申请表由主办活动单位制作，法律规定下解释权归主办活动单位。

本人确认已经阅读并了解上述须知条款，并同意所有申请规定。

患儿监护人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

患儿基本资料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患儿姓名 |  | 病名（类型） |  |
| 患儿合并  其他疾病 |  | | |
| 可报销类型  【√】 | 城镇基本医保【 】  新农合【 】  民政救助【 】  其他【 】 | 家庭人口 |  |
| 家庭年收入（元） |  |
| 医疗费用预算（元） |  |
| 家庭可支付医疗费（元） |  |
| 病况及家庭情况 |  | | |

患儿监护人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

医院资料审核人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

救助资格审批表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名（患儿） |  | 申请人身份证号 |  |
| 常规申请项目  及金额 |  | | |
| 特殊申请项目  （如有） |  | | |
| 主治医生意见 |  | | |
| 科室意见 |  | | |
| 社工部意见 |  | | |
| 项目主管单位意见 |  | | |
| 批复结果 |  | | |

承诺书

广州医科大学附属第一医院先心患儿救助项目组：

我是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（患儿姓名）的监护人\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_。\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_患有先天性心脏病，因家庭经济收入较低，无力承担全部手术费用，现向广州医科大学附属第一医院先心患儿救助项目组申请资助，以协助完成患儿手术治疗。

作为监护人，我们充分了解先天性心脏病手术作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好认定手术方案及承担手术风险和后果的准备。我们知道，救助项目只在手术费用上给予我们资助，不承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由定点医院和患者家属双方自行解决。并承诺：

1. 积极配合医院开展全面治疗。
2. 因患儿病况较为特殊，保证人愿意承担医疗风险责任。
3. 在手术及治疗中，如发生属非医疗技术性或医务人员责任所导致的不可抗拒的意外事故，保证人同意不予追究医院和医务人员责任。
4. 任何医疗风险和事故与『瑞银慈善基金会』无关。
5. 有责任和义务配合主办活动单位对有关该患儿的公益宣传和采访活动，并同意使用该患儿相关的照片、影像等资料。

以上承诺，保证履行。

保证人（父母或监护人签字按手指摸）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

家庭困难证明

兹有贫困先天性心脏病患儿\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_\_\_\_，年龄\_\_\_\_\_\_\_，是\_\_\_\_\_\_\_省 市（州）\_\_\_\_\_\_\_县（区）\_\_\_\_\_\_\_乡镇（街道）\_\_\_\_\_\_\_村民小组（居委会），（父亲: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_母亲：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_）村民（居民）的儿子 / 女儿 。因其家庭经济属于当地中下水平，且家庭成员遭遇突发重大疾病。难以承担患儿\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_的治疗费用，恳请李家杰珍惜生命基金和广州医科大学附属第一医院为患儿治疗心脏病，并提供经济上的爱心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲： 身份证号：

患儿母亲： 身份证号：

村委会/居委会盖章：

联系电话：

乡（镇）政府/街道办事处盖章：

联系电话：

日 期： 年 月 日