

广东省一心公益基金会

困难家庭先心病患者救治申请表

此处贴患者半年内照片（生活照或者寸照均可）

患者姓名：_____性别：_____年龄：_____

联系人：_____电话/手机：_____

目前居住地址：_____

申请日期 _____ 年 月 日

申请须知

1. 该项目是“广东省一心公益基金会困难家庭先心病患者救治行动”内容，救助范围为广东省户籍或外省在广东省务工的困难家庭先心病患者。
2. 患者的所有申请资料由患者本人或其法定监护人或其家属负责填报，所有申请资料必须真实、完整；
3. 申请资料包括：除完整填写“救治申请表”外，须附有患者本人或其法定监护人或其家属的户籍证明副本；由户籍政府部门开具的家庭经济情况证明；患者疾病的医院诊断证明和B超报告等相关资料；
4. 申请资料经上述政府部门盖章确认后交由广东省一心公益基金秘书处；
5. **本申报表的递交并不代表已经评审获得医疗救助；**
6. 广东省一心公益基金会接到申请后进行审核和批复，对同意资助手术的，将安排患者到基金会指定的医院进行治疗，并**直接向医院支付救助资金；**
7. 符合条件并自愿参加困难家庭先心病患者救助活动的患者本人或法定监护人或其家属须**签署承诺书；**
8. 获得资助的患者本人或者其监护人或其家属**有责任和义务配合广东省一心公益基金会对有关该患者的公益宣传和采访活动，并同意使用该患者相关的照片、影像等资料；**
9. 原则上**患者在接受基金会资助同时不再使用其他求助渠道进行筹款，或接受其他社会团体组织、个人资助，如有特殊情况需提前向基金会说明，否则基金会**有权停止资助。
10. 本救治申请表由广东省一心公益基金会制作，解释权归广东省一心公益基金会。

我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有申请规定。

患者本人或监护人或其家属签字：

年 月 日

申请救治登记表

患者姓名		性别		出生日期	
民 族		身高		体 重	
监护人姓名		职业		与患者关系	
身份证号					
户口所在地址					
患者病情诊断 (类型)					
以下各栏由申请人填写, 如有 ☐ 所标项目, 请在对应的 ☐ 内打“√”					
家庭情况	☐ 重点优抚对象 ☐ 城乡低保对象 ☐ 农村“五保”供养对象 ☐ 低收入家庭 ☐ 其他特殊困难家庭				
家庭 经济 情况	户籍性质 ☐ 农业 ☐ 非农业 家庭总人口数 (人);				
	主要收入来源;				
	家庭年总收入 (元);				
参加医 疗保障 制度和 接受其 他救助 情况	☐ 已参加新农合/ 城镇医保 其报销比例为: _____ ☐ 已参加地方医疗保险 其报销比例为: _____ ☐ 已参加其他商业医疗保险 其报销比例为: _____				
	☐ 已接受民政医疗救助 其救助金额 (元) : _____ ☐ 已接受单位及其他社会救助 其救助单位: _____ 其救助金额 (元) : _____ (如有请填写, 无则无需填写)				
治疗总 费用 (元)		家庭可支付 费用 (元)		已交住院 押金 (元)	

申请人家庭成员及经济状况								
姓名	性别	年龄	关系	务农	打工	上学	其他	年总收入
病况及家庭情况 (特殊困难可在此说明)	申请人 (签名):							

当地 政府 部门 或 工 作 单 位 意 见	(当地镇或以上民政部门或红十字会、妇联或工作单位任何一方) (盖章) 联系人: 联系电话: 年 月 日
合 作 医 院 评 估 意 见	(盖章) 单位: 南方医科大学珠江医院 联系人: 左子菁 联系电话: 15099974784 年 月 日
一 心 公 益 基 金 会 救 助 意 见	(盖章) 年 月 日

此处提供以下资料：

1、申请人本人以及其监护人的户口簿和身份证（复印件）、如没上户口提供申请人出生证（复印件）

2、申请人近期（半年内）B超检查报告

3、申请人家庭经济情况证明（其中任何一项均可）

①低保证复印件；

②国家优抚对象证件复印件；

③农村“五保”供养对象证件复印件；

④当地镇或以上政府部门出具的家庭经济情况证明；

⑤监护人双方的单位收入证明；

⑥监护人其中一方的失业证。

备注：如有参加基金会本年度先心筛查活动，则无需提供B超检查报告。

承 诺 书

我儿（女）_____，____岁，经医疗单位检查患有先天性心脏病，现得到广东省一心公益基金会的关怀及社会热心人士的资助，自愿到一心公益基金会指定医院进行手术治疗，并承诺：①积极配合医院开展全面治疗；②因病况较为特殊，承诺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或医务人员非责任导致的意外事故，承诺人不予追究医院和医务人员责任；④任何医疗风险和事故与广东省一心公益基金会及资助人无关。

以上承诺，保证履行，并对广东省一心公益基金会的关怀及社会热心人士表示衷心的感谢。

承诺人（本人或其监护人或家属）：

年 月 日

模板（仅供参考）：

家庭经济情况证明

兹有困难家庭先天性心脏病患儿 _____，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。因其家庭经济收入低，难以承担先心病儿童的治疗费用，恳请广东省一心公益基金会为患儿治疗心脏病提供医疗救助的爱心资助。

情况属实，特此证明！

患儿父亲：_____ 身份证号码：_____

患儿母亲：_____ 身份证号码：_____

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