**“天使阳光基金”资助申请表**

申请人姓名： 性别： 身份证号码：

监护人姓名： 与申请人关系： 家庭电话：

手机：

户籍所在地： 省（市、区） 市 县 乡（镇） 村

通讯地址： 省（市、区） 市 县 乡（镇） 村

邮编：

申报日期： 年 月 日

**申 报 须 知**

1、本资助申请表由中国红十字基金会资助评审办公室（以下简称评审办公室）制作，解释权归评审办公室；

2、该项目救助范围为0-14岁具有中国国籍的家庭贫困，未手术治疗的先天性心脏病儿童；

3、患儿的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；

4、天使阳光基金资助为一次性资助，同一申请人获得一次资助后，天使阳光基金办公室将不再接受重复申请；

5、本申报表的递交并不代表已经评审获得医疗救助；

6、评审办公室负责所有申报资料的审核和审批工作；

7、得到评审办公室审批资助的患儿资助款的拨付由评审办公室统一协调负责；

8、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，评审办公室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；

9、中国红十字基金会只在手术费用上予以资助，不能承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由医院和家属双方自行解决。

10、此申请材料如有需要请自行备份，一经递交不予退回。

11、所有得到医疗资助的患儿监护人均有责任和义务为捐助人提供必要的文字、照片、影像等材料；

12、所有得到医疗资助的患儿监护人均有责任和义务配合评审办公室用于公益目的宣传和采访活动，并同意使用照片、影像等资料；

**我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有申报规定。**

**监护人签字（按手印）：**

**年 月 日**

申请资助登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患儿姓名 |  | 民族 |  | 其 它 病 症 | |  |
| 家 庭  成 员  情 况 | 姓 名 | 年龄 | 与患儿关系 | 身 份 证 号 | | 工作或学习单位 |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| 家庭  状况 | 户籍性质 | A、农业 B、非农业 | | | 家庭人口数 |  |
| 年总收入 |  | | 劳动力人口数 | |  |
| 家庭经济收入来源 |  | | | | | |
| 家庭经济支出情况 |  | | | | | |
| 证明人签名： 身份证：  电 话： 地 址：  证明人签名： 身份证：  电 话： 地 址：  日期： 年 月 日 | | | | | | |

患儿医疗及家庭情况简述

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 确 诊 医 院 | |  | 确 诊 时 间 | |  |
| 合作医疗保险 | | A、有 B、无 | 医保报销比例 | |  |
| **家庭困难情况自述** | | | | | |
| 家庭所在地村委会或居委会贫困证明 | （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 经办人 |  | 联系电话 |  | |
| 县级红十字会审查意见（家庭情况是否属实）：  （盖章）  年 月 日 | | | | | |

**审核意见及填写要求**

|  |
| --- |
| 市级红十字会审查意见（家庭情况是否属实）：    （盖章）  年 月 日 |
| 省级红十字会审查意见：  （盖章）  年 月 日 |
| **申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料**  1、能证明申请人及其父母（或法定监护人）关系的材料：户口簿和身份证（复印件）。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件；  2、申请人最新病情医学检查报告单（超声心动图报告等）复印件；  3、低保、军烈属等家庭、孤儿及因残、病、突发事件等导致贫困的家庭，需提供相应的证明或证件复印件。  4、以上材料附后，与本申请表一起申报，有需留存的资料请自行复印备份。 |
| **要求：**  1、黑色签字笔书写；  2、监护人不会写字者可找人代写，但申报须知页监护人必须按手印；  3、家庭困难情况自述栏尽量填写详细，主要描述家庭具体贫困程度，造成贫困的原因； |