**中国红十字基金会**

**小天使基金资助申请表**

申请人近期生活照片

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. 小天使基金资助申请表由中国红十字基金会小天使基金办公室印制并负责解释；
2. 小天使基金资助对象为0-14周岁、具有中国国籍的家庭贫困白血病儿童；
3. 申请人申报资料由申请人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. 申请人申报资料须经户籍所在地县级以上（含县级）红十字会审核后报省级红十字会审核，由省级红十字会统一上报小天使基金办公室，中国红十字基金会（简称中国红基会）不直接受理个人提交资助申请；
5. 小天使基金办公室负责申请人申请资料终审，合格资料存档待评审，不合格资料退回省级红十字会，由省级红十字会通知申请人重新办理或补齐资料后再申报；
6. 本申请表的递交并不代表一定能获得资助，申请资料一经递交不予退回；
7. 通过资助评审委员会评定的资助对象名单将在中国红基会和申请人户籍所在地省级红十字会网站上公示，请申请人注意查询；
8. **批准资助的患儿，中国红基会将通过省级红十字会寄发书面《资助告知书》，申请人必须按《资助告知书》要求签署回执并提交相关资助资料，办理资助手续后才能获得资助；**
9. 小天使基金资助为一次性资助（定向捐助的除外），同一申请人获得一次资助后，小天使基金办公室将不再接受重复申请；
10. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，小天使基金将不予资助；如已获资助，将依法追索其所获得的全部资助款；
11. 获得资助的申请人监护人有责任和义务为各级红十字会和小天使基金办公室提供必要的文字、照片、影像等资料，配合相关宣传和采访活动，并同意使用申请人照片、影像等资料。

**我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。**

**申请人监护人签名**：

**年 月 日**

**小天使基金资助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月日 |  | 民族 |  |
| 家 庭成 员情 况 | 姓名 | 年龄 | 与申请人关系 | 身份证号 | 工作或学习单位 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 家 庭经 济状 况 | 户籍性质 | A．农业 B．非农业 | 家庭人口总数 |  |
| 主要收入来源 |  |
| 家庭年收入 |  | 人均年收入 |  |
| 申请小天使基金资助理由 |  申请人或其监护人签名：  年 月 日 |

**申请人医疗情况简述**

|  |
| --- |
|  1. 申请人确诊为白血病的时间： 年 月 日，确诊医院： ，确诊病型 ；
2. 目前就治医院： ；
3. 治疗效果： ；
4. 治疗花费情况： ；
5. 完成治疗还需要多少费用： ；
6. 家庭经济情况：

 ；8. 申请人是否有医疗保险？如有，具体报销情况如何？ |

|  |
| --- |
| 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.申请人最新病情诊断证明原件、骨髓检查报告和住院病案首页（加盖医院病案复印章；三份材料缺一不可）；3.申请人其他医学检查报告（染色体检查、融合基因检查等）。4.以上证明材料另附，与本申请表一起申报。 |

**申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料**

|  |  |
| --- | --- |
| 村委会(居委会)意 见 | 单位公章负责人签名 联系电话 年 月 日 |
| 县（市）级红十字会初审意见 | 单位公章负责人签名 联系电话 年 月 日 |
| 地（市）级红十字会初审意见 | 单位公章负责人签名 联系电话 年 月 日 |
| 省级红十字会复审意见 | 单位公章负责人签名 联系电话 年 月 日 |
| 中国红基会终审意见 | 单位公章负责人签名 年 月 日 |