附3

先天性结构畸形救助项目个人申请表

|  |
| --- |
| 申请人治疗前后照片 |

申请人姓名： 性别： 出生年月日：

监护人姓名： 与申请人关系：

监护人身份证号码：

家庭电话：

手机： （请务必提供正确的联系方式，以便后续沟通）

户籍所在地： 省（市、区） 市（州） 县

（市、区） 乡（镇、街） 村（居）

通讯地址：

邮编：

申请日期： 年 月 日

申请须知

1.本申请表由中国出生缺陷干预救助基金会（以下简称基金会）制作并负责解释。

2.项目申请对象为 18 周岁以下（含）、家庭贫困、临床确诊为先天性结构畸形的患儿。

3.本项目仅针对患儿救助申请日期的上一年度 1 月 1 日（含）以后在项目定点医疗机构产生的医疗费用进行补助。

4.本申请表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。

5.为保证治疗效果和项目真实性，申请人须已在项目定点医疗机构接收诊断、手术或相关治疗，并通过项目定点医疗机构进行申请。

6.本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。

7.先天性结构畸形救助项目对符合救助要求的先天性结构畸形患儿为一次性救助，对已获得一次救助的患儿不受理重复申请。社会定向捐助的患儿除外。

8.对申请资料中出现的虚假、伪造、隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，基金会保留依法追索救助金的权利。

9.申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方自行处理，基金会不承担任何责任。

10. 获得救助的申请人监护人有责任和义务配合基金提供必要的文字、照片、影像等宣传资料，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，并同意所有申请规定。

申请人或/并其监护人（签名或按手印）：

 年 月 日

申请人基本信息及申请救助理由

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（元） |  | 人均年收入（元） |  |
| 申请救助理由 | 申请人或其监护人签名：年 月 日 |

申请人医疗情况简述

|  |
| --- |
| 1.申请人确诊时间： 年 月 日 确诊医院： ;确诊病名： ； 2.治疗所在医疗机构名称： ，治疗效果： ；3.治疗时间： 年 月 日至 年 月 日； 4.治疗期间费用总额： 元；其中家庭自付费用： 元； 5.申请人是否有医疗保险（须如实填写）？如有，具体报销比例是多少？  |

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

|  |
| --- |
| 1.身份证明材料：证明申请人与其法定监护人关系的户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生医学证明复印件，或户籍地派出所开具的监护关系证明原件及申请人近期照片。孤儿需提供当地民政局或福利院证明原件。 2.病情和治疗证明材料：定点医疗机构出具的患儿病情诊断证明、住院首页及病历、出院记录、相关医学影像资料报告单原件（或加盖医院章的复印件），如有门（急）诊自付费用应一并提供门（急）诊记录。 3.家庭经济贫困证明材料：村（居）委会等出具的贫困证明原件，或低保证、低收入证、建档立卡贫困户证明材料复印件（由定点医疗机构核查原件）。 4.以上证明材料另附，与本申请表一起申请。如需留存请自行复印备份。  |

评审单位意见

|  |  |
| --- | --- |
| 初审意见 |      （定点医疗机构盖章） 联系电话: 经办人签字：  年 月 日  |
| 专家复审意见 | （项目管理机构盖章） 联系电话: 经办人签字：  年 月 日  |
| 复核意见 | （基金会盖章） 联系电话: 经办人签字：  年 月 日  |