
爱佑慈善基金会

儿童医疗救助项目

救助申请书

患儿姓名：_____

治疗医院：_____

疾病种类：先天性心脏病
血液肿瘤疾病
早产儿及其他病种



爱佑慈善基金会

申请须知

一、提交资料清单

请向医院提交以下材料：

1. 《爱佑慈善基金会儿童医疗救助项目》申请书（完整版），包含家庭情况证明和病情信息表。
2. 患儿照片一张、全家合照一张。
3. 血液肿瘤患儿请单独提交诊断证明、骨穿报告/检查报告、移植患儿需提交配型报告；先心病患儿请单独提交术前B超单；早产儿及其他病种患儿须单独提交诊断证明。
4. 患儿父母身份证复印件和户口本复印件（如离异请提供离婚证或者法院判决书复印件）、患儿本人户口本复印件或者出生证明复印件、其他家庭成员户口本复印件。
5. 如果是低保户，请提供低保手册复印件。
6. 家中有残疾人员的，请提供该位成员的残疾证明。

二、特别说明

1. 该项目申请不收取任何费用，如审核通过，救助款将直接拨付到医院。
2. 审核结果无法修改。
3. 本申请书需由患儿监护人书写并签字。不会书写者可找人代写，但需代笔人签名，患儿监护人按手印。
4. 获得审批通过的患儿请将材料原件在出院前交于医院，方可最终获得项目资助。
5. 材料不齐或者出院前未提交申请材料原件都将影响资助，具体流程咨询工作人员。
6. 本申请书所填内容为审核主要依据，请按要求完整填写申请书，未填写部分将被视为‘无’；申请材料中如出现虚报或者隐瞒行为，一经发现，将不予资助。

7. 救助资金使用期限为审核通过之日起1年内，过期则无法使用。

8. 爱佑慈善基金会有权决定资助款项的使用。
9. 对于已获资助但经发现有隐瞒、欺诈等行为的情况，爱佑慈善基金会拥有追索救助款的权利。

本人已阅读上述说明，并保证申请书全部填写内容正确无误，如提供虚假信息则自动放弃本次申请且愿意承担因虚报而引起的任何后果。

患儿监护人签字（如代笔人填写须按手印）：

代笔人签字（如有代笔人签此处）：

申请时间： 年 月 日

知情同意书

爱佑慈善基金会：

我是_____（患儿姓名）的监护人，身份证号_____。

该儿童患有_____，因家庭经济收入较低，无力承担全部治疗费用，现向爱佑慈善基金会申请资助，以协助完成患儿治疗。

作为监护人，我们充分了解_____（疾病名称）的治疗作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好认可治疗方案及承担治疗风险和后果的准备。我们承诺按照项目组的有关要求接受检查、到定点医院治疗。我们知道，爱佑慈善基金会只在治疗费用上给予我们资助，不承担治疗效果、治疗风险等方面的责任，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。

同时，我们同意为帮助宣传该项目，爱佑慈善基金会可以在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上无偿使用我的家庭和子女的照片，我将不对此提出异议并将积极配合项目的宣传活动。此外，我们同意将患儿病历等相关文件提供给爱佑慈善基金会，以供其详细了解患儿的病情、治疗及康复状况。

本申请书的递交并不代表已经获得项目救助，请患儿家长务必在出院前与医院项目联系人确认是否获得资助。提前将申请表交到医院的患儿，入院时请与医院项目负责人联系，告知患儿已入院，否则无法予以资助。

该项目申请不收取任何费用。如审核通过，救助款将直接拨付到医院。

本申请书所填内容为审核主要依据，请按要求完整填写申请书，未填写部分将被视为‘无’。申请材料中如出现虚报或者隐瞒行为，一经发现，将不予资助；

爱佑慈善基金会有权决定资助款项的使用；对于已获资助但经发现有隐瞒、欺诈等不良行为的情况，爱佑慈善基金会有追索救助款的权利。

我已阅读、理解并同意以上全部内容。

监护人签字（如代笔人填写须按手印）：_____

代笔人签字（如有代笔人签此处）：_____

20 年 月 日

患儿日常生活照片

粘 贴 处

全家合影照片

粘 贴 处

备注：全家合影照片最好是在自家住房前的合影，如患儿为新生儿，可提供除患儿以外其他家庭成员的合影照（**此页是必填项**）

爱佑慈善基金会儿童医疗救助项目资助申请审核评估表

一、 基本信息

患儿姓名		性别		民族		出生日期	
户籍地址							
常住地址							
患儿是否有身份证		身份证号					

二、家庭情况简介

《家庭情况简介》部分由患儿的监护人书写，需详细提供家庭的经济收入来源和费用支出情况，并签字。不会写字者可找人代写，但需代笔人签名，患儿家属按手印。**此部分内容填写的完整程度，将直接影响审核结果。**

（一）基本情况：

是否是低保家庭	<input type="checkbox"/> 是（请提供低保证复印件） <input type="checkbox"/> 否					
医保类型	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 新农合					
是否有商业保险	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无					
如有，请填写下列问题						
保险公司	险种			保额		
网络筹款	筹款平台	目标筹款金额	已筹款金额	开始时间	是否结束	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无						
其他基金会救助	基金会名称			资助金额		
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无						

(二) 监护人信息：

是否仅一个监护人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	仅一个监护人 原因	<input type="checkbox"/> 离异（请提供离婚证或离婚协议） <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 其他原因_____ 请提供对应的证明文件			
监护人 1 信息					
监护人 1 姓名		与患儿关系			
监护人 1 身份证号					
监护人 1 微信号		监护人 1 联系电话			
年龄	文化程度	是否残疾		<input type="checkbox"/> 是（请提供残疾证复印件） <input type="checkbox"/> 否	
监护人 1 工作情况 <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 打零工 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 个体工商户 <input type="checkbox"/> 其他					
固定工作填写					
职业	单位名称	职务	单位电话	月收入 (元)	工作年限(年)
打零工填写					
打工地点(省市)		工种	单位/工友电话	月均收 入(元)	每年打工时长(月)
待业/务农/个体工商户/其他填写（具体内容及收入情况）					
监护人 2 信息					
监护人 2 姓名		与患儿关系			
监护人 2 身份证号					
监护人 2 微信号		监护人 2 联系电话			
年龄	文化程度	是否残疾		<input type="checkbox"/> 是（请提供残疾证复印件） <input type="checkbox"/> 否	
监护人 2 工作情况 <input type="checkbox"/> 固定工作 <input type="checkbox"/> 打零工 <input type="checkbox"/> 待业 <input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 个体工商户 <input type="checkbox"/> 其他					
固定工作填写					

职业	单位名称	职务	单位电话	月收入(元)	工作年限(年)
打零工填写					
打工地点(省市)	工种	单位/工友电话	月均收入(元)	每年打工时长(月)	
待业/务农/个体工商户/其他填写(具体内容及收入情况)					

(三) 与患儿共同生活的其他家庭成员(患儿兄弟姐妹、患儿祖父母等)

姓名	与患儿关系	年龄	文化程度	是否工作	是否有退休金	退休单位	退休时间	退休金元/月

(四) 家庭其他收入情况

是否有农林渔牧 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	农林渔牧种类说明 (种类及数量)	年收入

家庭积蓄（患儿生病前）	
低保（元/月）	
是否有其他收入（土地出租、房屋出租等）	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如有请填写年收入
其他收入说明（类型及年收入）	
家庭年总收入	

（五）家庭资产情况

1) 家庭住房

家庭住房类型： 自建房 买房 租房 其他

自建房信息：

建房时间		建房花费		建房面积	
房屋所在地（省）		房屋所在地（市）			
房屋所在地（区/县）		房屋所在地（街道）			

购房信息：

购房时间		房屋面积	
买房所在地（省）		买房所在地（市）	
买房所在地（区/县）		买房所在地（街道）	
小区名称		房屋总价	
是否贷款	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
首付金额		贷款金额	
		月供	
购房后是否抵押或出售	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 抵押/出售金额		

租房信息：

租房地點（省）		租房地點（市）	
租房地點（區/縣）		租房地點（街道）	
租金（月）		面積	

其他住房情況說明：

--

2) 車輛情況

 是否有車：是 否

汽車品牌、 型號	購車時間	購車金額	是否 貸款	首付金額	貸款金額	月供金額	是否抵押 出售

3) 家庭債務情況

 家中是否有債務：是 否

債務類型 (銀行貸款、個人借款、網絡 貸款、高利貸等)	貸款/借債時間	貸款/借債金額	貸款/債務用途	已還金額

(六) 证明人信息

注：农村患儿，一名证明人必须为村干部（如村支书、村主任、村妇联干部等）；城镇患儿，一名证明人必须为所在地居委会工作人员；父母外出务工，一名证明人必须为常联系的工友。

	姓名	电话	与证明人关系	地址
证明人 1				
证明人 2				
证明人 3				

(七) 重大事故说明

近 5 年内是否有重大事故（车祸/火灾、自然灾害、意外伤害、家庭成员离家出走/重大疾病/死亡、离婚、入狱、生意失败等），请说明：

家庭情况证明

兹有_____（患儿姓名），身份证号_____（无户口填“无”）
家庭住址_____

为我辖区居民，系我村/社区 低保户、 原建档立卡贫困户、 残疾家庭、 一般家庭、
 其他_____；现在_____（医院名称）进行治疗，
因治疗费用较高，家庭经济条件较差，无力承担全部治疗费用，现向爱佑慈善基金会申请医疗
救助金。

以上所述属实。

村委会/居委会

盖 章

20 年 月 日

电话：

乡镇政府/街道办事处

盖 章

20 年 月 日

电话：

备注：

1. 请完整填写。
2. 低保家庭须提供低保证及低保存折复印件。
3. 残疾家庭须提供残疾证复印件。

病情信息表

患儿姓名		性别		出生日期	
就诊科室		疾病种类	<input type="checkbox"/> 血液肿瘤 <input type="checkbox"/> 先天性心脏病 <input type="checkbox"/> 早产儿及其他病种	疾病名称	
<p> <input checked="" type="checkbox"/>血液肿瘤患儿请继续填写下表并提交诊断证明、骨穿报告/检查报告，移植患儿需提交配型报告； <input checked="" type="checkbox"/>先天性心脏病患儿请提交术前B超单； <input checked="" type="checkbox"/>早产儿及其他病种患儿请提交诊断证明。 </p>					

以下内容仅限血液肿瘤患儿填写					
基本治疗情况	是否属于复发	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	是否进入过ICU	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	总化疗期数				
	当前放/化疗期数				
移植治疗情况	是否确定移植	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写下列2个问题			
	是否入仓	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	入仓日期				
其他治疗情况					
主治医生签字：					
日期					