

青海省红十字会“爱心健康 护心成长” 先心病资助申请表

申请人近期照片

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：_____

申请日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日



申请须知

1. 该项目申请对象为**未满 18 周岁患有先天性心脏病且需要手术治疗的青海户籍儿童**。
2. 本申请表由申请人法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。
3. 申请人申报资料须经户籍所在地村（居）委会、乡（镇）或县（市）级**民政部门、市（州）级红十字会**审核盖章后申报至省级红十字会。
4. 通过审批确定的救助对象经专家评审通过后，由定点医院通知入院治疗。
5. 大病救助项目为一次性救助，对已获得一次救助的患儿**不受理重复申请**。
6. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助。
7. 申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方明确责任，青海省红十字会不承担任何责任。
8. 获得救助的申请人监护人有责任和义务为配合省红会宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，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，并同意所有申报规定。

申请人监护人签名：



“爱心健康 护心成长” 先心病资助申请表

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		
申请救助 理由							



申请人医疗情况简述

1. 申请人姓名：_____，年龄：_____，户籍所在地：_____；

2. 申请人确诊时间：_____年_____月_____日，确诊医院：_____；

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：** 申请人及其监护人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. **病情证明材料：** 须提供最新病情医学检查报告单（超声心动图报告等）复印件。

3. **家庭情况证明材料：** 须提供所在村（社区）出具的家庭情况证明或说明材料。

注：以上证明材料另附，与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。



<p>村委会 (居委会) 意见</p>	<p>(申请人家庭情况是否属实)</p> <p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名: 联系电话 : 年 月 日</p>
<p>县(市)级 红十字会 审核意见</p>	<p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名: 联系电话: 年 月 日</p>
<p>市(州)级 红十字会 审核意见</p>	<p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名: 联系电话: 年 月 日</p>
<p>省级红十字会 复审意见</p>	<p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名: 联系电话: 年 月 日</p>

