

“嫣然天使基金” 资助申请表

患者照片

(唇裂患者提供正面照片; 腭裂患者提供口腔内部照片; 唇腭裂患者提供正面照片及口腔内部照片)

患者姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____

通信地址: _____ 省 _____ 市(县) _____

联系人: _____ 电话、手机: _____

患者目前体重: _____ 邮编: _____

电子邮件: _____

申报日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

申报须知

1. 本申请表由中国红十字基金会嫣然天使基金办公室印制并负责解释；
2. 嫣然天使基金日常救助手术资助范围为困境家庭唇腭裂患者的首次修复手术；
3. 患者的所有申报资料由患者本人填报，未成年患者须由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. 本申报表的递交并不表明肯定获得资助；
5. 嫣然天使基金办公室负责所有申报资料的审核和建档工作；
6. 获得嫣然天使基金资助资格的唇腭裂患者，嫣然天使基金在资助范围内承担患者的全部医疗费用；不承担医疗费用以外的，包括且不限于治疗过程中所产生的交通费用、网络通讯费用、住宿费用等生活费用；
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，基金办公室将不予资助；已资助的款项予以追回，由患者自行承担；
8. 获得资助资格的患者及患儿监护人在申报及接受治疗期间应如实告知本人或患儿身体情况，不得隐瞒病史，如因个人隐瞒造成的一切后果均由患者自行承担；
9. 获得资助的患者或患儿监护人均有责任和义务为基金办公室提供必要的文字、照片、影像等资料，配合基金宣传和采访活动，签署《肖像和声音资料授权书》，同意在公益活动中使用其照片、影像等资料。

我承诺所填写的申请表以及提交的相关资料均属实。

我确认已经阅读和知悉以上全部条款，并同意所有申报规定。

患者或患儿监护人签字：

年 月 日

申请登记表

患者姓名		性别	
出生日期	年 月 日	民族	
户口所在地	省（市） 市（县）		
患病类型： <input type="checkbox"/> 唇裂 <input type="checkbox"/> 腭裂 <input type="checkbox"/> 唇腭裂 <input type="checkbox"/> 其它_____			
户口类型： <input type="checkbox"/> 农户 <input type="checkbox"/> 非农户（请提供户口本首页复印件证明）			
社保类型： <input type="checkbox"/> 城镇社保 <input type="checkbox"/> 新农合			
父亲姓名		电话	
文化程度		工作性质	
母亲姓名		电话	
文化程度		工作性质	
家庭主要收入来源			
家庭所在地区情况（下列情况证明请由相关部门<u>如实</u>填写）			
家庭年总收入		当地人均年收入	
家庭劳动力人口		家庭人口	
家庭所在地区居委会/村（乡/镇）政府和县级以上红十字会/民政局盖章及意见			
负责人		电话（必填）	

“嫣然天使基金”资助申请表

患 儿 日 常 生 活 照 片
粘 贴 处

全 家 合 影 照 片	
粘 贴 处	
家庭住房情况	<input type="checkbox"/> 有房产 <input type="checkbox"/> 土坯房 <input type="checkbox"/> 砖瓦房 <input type="checkbox"/> 其它_____
	<input type="checkbox"/> 租 房 月租金 _____ 元
主要交通工具	

备注：全家合影照片最好是在自家住房前的合影（此页是必填项）

患者医疗情况简述（必填）

患者在治疗过程中的介绍：（请参考后面的附注说明，尽可能详细一些）

1. 唇腭裂是否接受过手术治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 在哪家医院进行治疗？ _____ 效果如何？ 手术日期？	<input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 不满意
3. 是否进行过术前正畸治疗？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 现在是否有上呼吸道感染、发热及胸腺肥大等情况？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 出生时是否做过心脏筛查？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 是否有先天性心脏病？ 病情简述： _____ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 是否接受过心脏手术？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 是否患有传染性疾病？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 是否需要语音治疗申请？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
10. 如有其他病情，请说明。	

申请请务必提交以下文件（附件 1~3 均为必需）：**附件一 困境证明（原件，另附，无需粘贴）**

要求：由所在地区红十字会、乡镇政府、民政部门、村委会或者居委会（任意一方即可）出具一份家庭经济状况证明，由负责人签字并盖章，并预留负责人电话。

附件二 身份证明（复印件，另附，无需粘贴）

1. 医学出生证明（复印件）或民政部门开具的收养证明（复印件）；
2. 申请人父母（或监护人）的身份证复印件；
3. 患者所在户口本所有页 复印件；
4. 上述三项材料必须齐全，如有疑问，请电联 15601182727.

附件三 患儿病情诊断（原件，另附，无需粘贴）

1. 唇腭裂确诊时诊断证明（如有）
2. 相关医疗检查报告（近五天内的）
 - a) 所在地医院出具的内科诊断书（如有）
（证明孩子近期没有感冒发烧等症状）
 - b) 血常规（必需）
 - c) 心脏彩超（必需）

审核意见（申请人无需填写）

嫣然天使基金审核意见：

（盖章）

年 月

定点医院意见：

（盖章）

年 月 日

注：申请人无需填写审核意见

肖像和声音资料授权书

授权方：
身份证号：
联系电话：

被授权方：中国红十字基金会
联系地址：北京市东城区东单北大街干面胡同 53 号

鉴于授权方是被授权方嫣然天使基金的受助人，为便于被授权方开展基金相关公益项目（以下简称“公益项目”）推广，授权方现做出如下授权：

1. 授权内容

授权方同意基于宣传公益项目的目的，无偿及包含转授权的情况下授予及许可被授权方及其关联公司在宣传过程使用授权方肖像、声音、姓名及基本信息（如年龄、家庭基本情况等）。

2. 授权范围及限制

授权方授权被授权方及其关联公司在全球范围的平面媒体、网络媒体等全体平台上（包括但不限于被授权方官网，民政部指定的慈善组织互联网募捐信息平台、电视广告、线下户外广告等）推广和使用授权内容，使用目的仅限于公益项目的推广，不得用于其他任何商业或非商业使用。

3. 被授权方可以根据推广需求对授权方肖像、姓名等授权内容基于公益目的进行合理的改动和加工，被授权方的修改不得损害授权方其他合法权益。

4. 授权期限：永久

【以下为授权书签字页】

以下内容由授权人监护人填写。

姓名：
身份证号：
联系电话：
与授权人关系：

本人确认本人为授权人监护人，我同意上述所有内容。

授权人（可监护人代签）：

监护人（签字及指印）：

日期：