

中国红十字基金会合生元母婴救助基金

资助申请表（儿童版）

*注意：该申请表中所涉及的“监护人”，通常指患儿父母。如无父母，则可提交其他法定监护人相关资料。

一、申报须知

（一）本资助申请表由中国红十字基金会合生元母婴救助基金（以下简称“合生元基金”）制作，解释权归合生元基金所有；

（二）该项目救助范围为具有中国国籍的家庭经济困难重症母婴，即育儿期（孩子3岁以下，包括怀孕中）的妈妈和0岁至3岁的孩子；

（三）患者的所有申报资料由患者的法定监护人填报，并保证所有资料的真实性和完整性；

（四）本申请表的递交并不代表已经获得救助资格；

（五）合生元基金负责所有申报资料的审核和审批工作；

（六）获得救助资格的患者资助款的拨付由合生元基金统一协调负责；

（七）对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，合生元基金将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将依法追究法律责任；

（八）所有得到资助的患者或患者监护人均有责任和义务为

中国红十字基金会合生元母婴救助基金办公室

地址：北京市东城区东单北大街干面胡同53号 电话：010-85594916

捐助人提供必要的文字、照片、影像等材料；

(九)所有得到医疗资助的患者或患者监护人均有责任和义务配合合生元基金用于公益目的宣传和采访活动,并同意使用照片、影像等资料。

我确认已经阅读了以上全部条款,并同意所有申报规定。

患儿监护人签字: _____

申报日期: _____年____月____日



二、患儿及家庭基本情况

姓名		性别	
出生日期	年 月 日	民族	
身份证号			
户口所在地	_____省(市)_____市(县)_____		
通讯地址	_____省_____市(县)_____		
监护人姓名		联系电话	
监护人身份证号码			
家庭人口		家庭劳动力人口	
家庭年总收入			
家庭所在地区居委会或村委会意见: <div style="text-align: right;"> (盖章) 年 月 日 </div>			

中国红十字基金会合生元母婴救助基金办公室

地址：北京市东城区东单北大街干面胡同 53 号 电话：010-85594916

三、患儿医疗情况简述

1、患者照片

2、患儿在治疗过程中的介绍(请参考下列附注说明,尽可能详细一些) :

(1) 现在是否住院治疗?

(2) 患儿是什么时候确诊的? 确诊医院是哪里?

(3) 确诊后在哪家医院进行治疗? 治疗的效果如何?

(4) 治疗的花费情况如何? 完成治疗还需要多少治疗费? 家庭的经济情况如何? 可以承担的医疗费用有多少?

(如内容较多, 可另附纸)



中国红十字基金会合生元母婴救助基金办公室

地址: 北京市东城区东单北大街干面胡同 53 号 电话: 010-85594916

五、申请表附件材料

以下附件请随申请表一并附上：

1. 患儿生活照片；
2. 患儿本人户口本、身份证或出生证明复印件；
3. 患儿监护人户口本和身份证复印件；
4. 患儿确诊时的医疗诊断证明，须加盖**原章**；
(如有其他医学检查报告，也可一并提供)

5. 患儿本人的正规医疗发票**原件**；

(如票据已用作医保或新农合报销，须提供分割单**原件**替代
医疗发票)

6. 请填写接收资助款账户信息：

户名： _____

账号： _____

开户行名称： _____

*父母为患儿监护人的，须提患儿本人或其父母的账户。