

中国红十字基金会“肠守天使援助项目”

资助申请表

申请人姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____

身份证号码: _____

监护人姓名: _____ 与申请人关系: _____

手机号码: _____

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: _____

申报日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

申报须知

1. 本申请表由中国红十字基金会（简称中国红基会）根据《中国红十字基金会项目管理办法》印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为 0-14 周岁确诊为短肠综合征疾病的中国大陆（不含港澳台）儿童。
3. 本申请表由患儿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。
4. 申请人申报资料提交至中国红基会，由中国红基会受理个人提交的资助申请。
5. 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。
6. 通过审批确定的救助对象名单在中国红基会官方网站或公众号上公示无异议后，由中国红基会将关爱援助资金拨付至申请人指定银行账户。请患儿监护人务必填写正确的银行卡信息，确保：1) 银行卡户名为真实姓名；2) 银行卡为“一类卡”（在同一家银行办理的首张借记卡）；3) 银行卡三个月内有资金往来，卡状态为激活状态。由于银行卡相关问题导致的资助款拨付不成功或延迟，中国红基会不承担任何责任，并有权优先拨付资助款至银行卡正确的患儿账户。
7. 本项目为一次性救助。
8. 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；如已获救助，中国红基会保留依法追索救助款的权利。
9. 受助患儿在医疗过程中出现的任何医疗风险，均由医患双方明确责任、自行协商解决，中国红基会不承担任何责任。
10. 为配合项目宣传，受助患儿及其法定监护人有责任和义务向中国红基会提供并授权使用必要的照片、文字、视频、影像等相关资料。

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。

患儿法定监护人签名：_____

申请日期：_____年_____月_____日

中国红十字基金会“肠守天使援助项目”资助申请表

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
患儿医保类型	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 新农合				患儿商业医疗保险	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
报销比例	医保_____%; 新农合_____%; 商业保险: _____%。						
医疗总花费					自付金额		
银行卡账号					银行卡户名		
开户行所在支行					是否患儿本人银行账户	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
申请其他公益基金资助情况	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 公益组织的名称: _____						
家庭成员情况 (患儿父母、兄弟姐妹, 特殊家庭除外)	姓名	身份证号	与患儿关系	工作单位/职位			
户籍性质及家庭经济状况	户籍性质	<input type="checkbox"/> 农业					
		<input type="checkbox"/> 非农业					
	家庭年收入(元)		家庭劳动力人数 (几个人有收入)		家庭年支		
	住房情况	<input type="checkbox"/> 仅有一套自住房 <input type="checkbox"/> 有一套以上房产 <input type="checkbox"/> 租房 <input type="checkbox"/> 无					
	是否为以下类型	<input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 残疾家庭 <input type="checkbox"/> 军烈属家庭 <input type="checkbox"/> 孤儿					
		备注: 符合以上四类家庭的患儿, 需提供相关证明材料复印件; 孤儿需提供当地民政局或福利院证明。以上情况可获得优先资助资格。					

家庭支出 情况	<ol style="list-style-type: none">1. 近3年内，家庭成员重大疾病情况介绍（仅介绍需供养的亲属，列明病种及花费）2. 近3年内，家庭重大变故情况介绍（时间、事件、花费金额，重大变故举例：车祸、火灾、自然灾害、意外伤害、家庭成员出走、入狱等）3. 家庭中其他重大支出（请描述近3年内家庭其它重大支出，例如：孩子上学、老人抚养、结婚、买房/建房、做生意等）
其他申请 救助原因	

中国红十字基金会“肠守天使援助项目”患者家庭经济收入证明

姓 名		性 别		年 龄		与申请人关系	
身份证号				移 动 电 话			

以下证明方式三选一

方式一：有/无工作人员均可提交

附：

个人所得税纳税记录/申请前 12 个月父母双方工资流水（任选其一即可）

方式二：有固定工作单位人员填写

工作单位名称：

入职时间：_____年____月，工作职务_____

兹证明 _____同志在本单位的月均收入_____元（月均收入为工资
、津贴、奖金等全部收入除以 12）

特此证明。

证明工作单位公章/工作单位人事章（盖章）

年 月 日

方式三：无固定工作单位人员填写

现在情况：

打工 务农 待业 其他_____

兹证明_____乡镇（街道）_____村（社区）_____村民（居民）在全年总收入
入_____元，情况属实。

特此证明。

居（村）委会/乡级以上政府或街道办事处（盖章）

年 月 日

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：**申请人及其监护人双方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：**公立三甲医院的诊断证明原件（须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章，科室和病区盖章无效）
- 3. 家庭情况证明材料：**家庭经济收入证明表用于判断自负医疗费用是否对家庭造成灾难性医疗支出。
- 4. 医疗费用票据：**申请前12个月内产生的医疗费用票据，评判标准为医保报销及商业保险报销后的自付费用（自付费用金额大于资助资金）
- 5. 银行借记卡 复印件**（附开户名、开户行）

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。