

# 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贫困重症母婴，即孕期至孩子3岁以下的育儿期的妈妈和0岁至14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）为便于接受社会监督，获得救助的申请人监护人有责任和

义务为配合项目宣传和信息公开工作提供必要的文字、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	
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:			
负责人签名:		(盖公章)	
		年 月 日	

### 三、患儿医疗情况简述

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. 患儿患何种疾病? 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?
5. 家庭的经济情况如何? 可以承担的医疗费用有多少?



## 四、患儿监护人求助陈述



The image shows a large empty rectangular box intended for the guardian's statement. It contains two faint watermarks: the CRCF logo (a red cross with the text 'CRCF CHINESE RED CROSS FOUNDATION 中国红十字基金会') and the Biotime logo (two overlapping circles with a smile, the text '中国红十字基金会 合生元母婴救助基金 Biotime China Foundation for Mother & Child').

中国红十字基金会合生元母婴救助基金办公室

5

地址：广州市珠江新城珠江西路5号广州国际金融大厦29楼 电话：020-38189600 传真：020-38189888

地址：北京市东城区东单北大街干面胡同53号 电话：010-85594882

## 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。