

中国红十字基金会爱婴室母婴关爱基金

资助申请表（儿童版）

一、 申报须知

1. 本资助申请表由中国红十字基金会爱婴室母婴关爱基金（以下简称“爱婴室基金”）制作，解释权归爱婴室基金所有；
2. 该项目救助范围为具有中国国籍的困难家庭重症母婴，即育儿期（孩子3岁以下，包括怀孕中）的妈妈和0岁至14周岁的孩子；
3. 患儿的申请资料须由其法定监护人填报，并确保所有申请资料的真实性和完整性；
4. 本申请表的递交并不代表已经获得救助资格；
5. 爱婴室基金负责所有申报资料的审核和审批工作；
6. 获得救助资格的患儿资助款的拨付由爱婴室基金统一协调负责；爱婴室基金为一次性救助，申请人在获得基金资助前，死亡或痊愈，或已通过中国红基会获得其他渠道的资助，则终止资助，对已获得一次救助的患儿不受理重复申请。
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，爱婴室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；
8. 所有得到资助的患者或患者监护人均有责任和义务为捐助人提供必要的文字、照片、影像等材料；
9. 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爱婴室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。
10. 本申请表及相关申报材料请快递至：上海市浦东新区杨高南路729号陆家嘴世纪金融广场1号楼5层 爱婴室母婴关爱基金办公室（收）；电话：021-58203615。

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、患儿基本情况及申请陈述

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			
监护人家庭主要成员情况					
家庭关系	姓名	年龄	工作/学习地点	年收入	
家庭所在地区居委会或村委会意见： 证明人签字：_____ 证明人电话：_____ (盖章) _____年 _____月 _____日					
确诊时间					
现就诊医院					
现在是否住院治疗?		□是，请注明在哪家医院进行治疗? _____			

爱婴室母婴关爱基金办公室联系方式：

021-58203615, 010-85594882

三、申请表附件材料对照表

请随申请表一并附上以下材料，并在仔细对照检查是否齐全。如资料不齐全，可能会导致申请失败或受理期限延长。

所需材料	备注	如备齐，请对照打钩
*患儿生活照片 1 张		
*患儿本人户口本和出生证明复印件	如提供户口本复印件，须能反应出患儿与监护人的关系，或一并提供索引页	
*患儿监护人户口本复印件		
*患儿监护人身份证复印件		
*医院出具并加盖公章的医疗诊断证明	原件	
*患儿本人的正规医疗发票原件。如票据已用作医保、新农合或商业保险报销，须提供报销结算单原件替代医疗发票	请提交正规发票及医保、新农合、商业保险报销凭证盖章件	
●低保户证明等	此项为非必须项，但如提供有效证明可提高申请优先级	

请填写接收资助款账户信息（提交孩子的银行账户信息）

*户名	
*账号	
*开户行名称 (具体到支行名称)	

爱婴室母婴关爱基金办公室联系方式：

021-58203615，010-85594882