

“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. “嫣然天使基金”资助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”资助范围为贫困家庭的唇腭裂患者的首次缝和手术；
3. 患者的所有申报资料由患者或患者的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. 得到嫣然天使基金资助的唇腭裂患者，嫣然天使基金承担患者的全部医疗费用。
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，评审办公室将不予资助。（可以和第三条合并到一块）
8. 获得资助的患者或患儿监护人均有责任和义务为评审办公室提供必要的文字、照片、影像等资料，配合评审办公室的宣传和采访活动，并同意使用其照片、影像等资料。

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			

“嫣然天使基金”资助申请表

负责人		电话（必填）	
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 贫困证明（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，对家庭情况及导致贫困原因进行说明，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，还请电联 400-810-2727.

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 日

定点医院意见：

（盖章）

年 月 日

注：申请人无需填写审核意见

肖像权授权书

被授权方（甲方）：中国红十字基金会嫣然天使基金

授权方（乙方）：

身份证号码：

根据中华人民共和国相关的法律规定，乙方向甲方作出如下授权：

- 1.乙方无偿授权甲方为公益之目的以任意形式使用乙方的肖像。
- 2.授权时间：不限期。
- 3.为公益之目的，甲方可转授权第三方使用乙方的肖像。
- 4.本授权书自乙方签字之日起生效。

乙方/授权方：_____（签字）

_____年____月____日