

中国红十字基金会“小天使基金人道关怀金项目” (造血干细胞二次移植患儿)资助申请表

中国红十字基金会制(2023年)

申请人(患儿) 姓名	身份证号码		
联系人	联系电话	医保类型: <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 无医保	
本次移植总费用	医保报销金额	移植自费金额	
“小天使基金” 资助信息	获得“小天使基金”(含“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”)资助时间: 年, 资助金额_____万元。 受助时曾用名(若未曾改名, 填“无”): _____。		
第一次移植治疗 信息	首次确诊时间: _____ 第一次移植治疗医院: _____ 移植时间: _____ 供者: <input type="checkbox"/> 亲缘(关系_____)、 <input type="checkbox"/> 非血缘、 <input type="checkbox"/> 自体		
最近一次造血 干细胞移植 就诊医院意见	<p>患者病情简述(复发后治疗及二次/三次移植情况, 包括: 供者, 入仓、回输及出仓时间, 总体治疗情况, 患儿现状):</p> <p style="text-align: center;">(医院盖章) 主治医生(签名): _____ 年 月 日</p> <p>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。</p>		
<p>本人承诺, 向中国红十字基金会提交的所有项目申请资料及信息均真实有效, 且愿意承担因虚报谎报而引起的任何后果。</p> <p style="text-align: right;">患儿监护人签名(捺手印): _____ 年 月 日</p>			

说明: 两类材料①能证明移植回输和出入仓时间的文件(患儿病案复印件或者诊断证明)、②本次造血干细胞移植配型报告复印件, 须与本表一同提交。

邮寄地址: 北京市东城区千面胡同53号104“小天使基金”收, 联系电话: 010-85594883、010-85594859