编号：

**爱佑慈善基金会孤贫先心病患儿手术治疗项目资助申请书**

爱佑慈善基金会“爱佑童心”项目组：

我是\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（患儿姓名）的监护人。该儿童患有先天性心血管病，因家庭经济收入较低，无力承担全部手术费用，现向爱佑慈善基金会“爱佑童心”项目组申请资助，以协助完成患儿手术治疗。

作为监护人，我们充分了解先天性心血管病手术作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好认定手术方案及承担手术风险和后果的准备。我们承诺按照项目组的有关要求接受术前检查、到定点医院手术治疗。我们知道，爱佑慈善基金会只在手术费用上给予我们资助，不承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由定点医院和患者家属双方自行解决。**同时，我们同意为帮助宣传该项目，爱佑慈善基金会可以在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上无偿使用我的家庭和子女的照片，我将不对此提出异议并将积极配合项目的宣传活动。**

监护人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（签字）

2O 年 月 日

**注：患者填写申请表后需要提供以下资料：**

**（1）家庭全体成员身份证、户口本复印件，贫困证明；**

**（2）城镇户口患儿属低保家庭，需提供低保证复印件；**

**（3）患儿近期单人生活照一张。**

**本申报书的递交并不代表已经获准得到项目救助。提前将申请表交到医院的患儿，入院时请与医院项目负责人联系，告知患儿已入院，否则无法予以资助。**

编号：

**爱佑慈善基金会“爱佑童心”项目资助申请审核评估表**

1. **基础资料（手写）**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者姓名** |  | **性别** |  | **民 族** |  | 患儿照片粘贴处 |
| **出生年月日** |  | **住宅电话** |  |
| **移动电话****(必填)** |  |  |  |
| **所在省** |  | **所在市** |  | **所属县** |  |
| **详细地址** |  |
| **监护人姓名** |  | **与患者关系** |  | **户籍****类型** | **□城镇户口 □农村户口** |
| **身份证号码** |  |
| **家庭成员** |
| **姓名** | **与患儿关系** | **年龄** | **文化程度** | **职业** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **家庭年总收入** |  | **当地人均年收入** |  |

备注：职业（工人、职员、教师、公务员、个体工商户、务农、外出打工、无业、无劳动能力、其它）本人保证上述资料正确无误，并愿意承担因虚报而引起的法律责任。

**申请人签字：**

**申请时间： 年 月 日**

**家庭情况简介**

**《家庭情况简介》部分由患儿的监护人书写，需详细提供家庭的经济收入的来源和费用支出情况，并签字。不会写字者可找人代写，但需代笔人签名，患儿家属按手印。请认真详细填写此部分，将直接影响审核结果。**

基本情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 家庭住房情况 | □有房产 | □土坯房 □砖瓦房 □其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 面积 | \_\_\_\_\_\_\_平方米\_\_\_\_\_\_\_间 | 购/建房时间:\_\_\_\_\_年 |
| □租房 | 面积：\_\_\_\_\_\_\_平方米 | 月租金: \_\_\_\_\_元 |
| 主要农业生产工具 | □拖拉机 □水稻收割机 □插秧机 □拖拉机 □其它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 主要交通工具 |  |

**家庭经济收入来源：（按实际情况选择填写）**

固定职业收入：姓名+工作单位+职务+月收入

农业收入：耕种（单位：亩）+农作物名称+每亩年收入

畜牧业收入：家畜品种+数量+年收入

打零工收入：姓名+工种+年工作时长（单位：月）+年收入

**家庭支出情况介绍：（按实际情况选择填写）**

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）：

家庭重大变故情况介绍（时间、事件、花费金额）：

造成家庭经济困难的其它原因：

本人保证以上资料正确无误并愿意承担因虚报引起的法律责任。

 **代笔人：**

**患儿家属姓名（需摁手印）：**

**注：农村患儿，一名证明人必须为村干部，如村主任、村妇联干部等；城镇患儿，一名证明人必须为居委会工作人员；父母外出务工，一名证明人必须为常联系的工友。**

证明人签名： 身份证：

 电话： 地 址：

证明人签名： 身份证：

 电话： 地 址：

证明人签名： 身份证：

 电话： 地 址：

村委会电话：

工作单位电话：

**村委会、乡（镇）政府审核意见（农村患儿）：**

|  |  |
| --- | --- |
| **村委会**、**乡镇政府**审核意见(家庭情况是否属实） |  |
| *20 年 月 日 20 年 月 日**（ 盖 章 ） （ 盖 章 ）* |

**居委会、街道办事处审核意见（城镇患儿）**

|  |  |
| --- | --- |
| **居委会、街道办事处**审核意见(家庭情况是否属实） |  |
| 20 年 月 日 20 年 月 日（ 盖章 ） （ 盖章 ） |

此表须附有由监护人或村委会、居委会提供的**患儿家庭情况书面说明**，须经村委会、乡镇政府/居委会、街道办事处审核同意、盖章有效。