



上海佑心慈善基金会

“心动万家”关爱先天性心脏病患儿

佑心行动项目资助申请表

治疗申请医院：_____

申请患儿姓名：_____ 性别：_____ 身份证号码：_____

监护人姓名：_____ 与申请人关系：_____ 家庭电话：_____

手 机：_____ 邮 编：_____

户籍地址：_____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

现住地址：_____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

通讯地址：_____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

提交时间：_____ 年 _____ 月 _____ 日

申请人近三个月照片





申请须知

本申请由申请人法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。本申请资料的递交并不代表可以获得救助，申请材料一经递交不予退回。

一、证明材料

- 1. 身份证明材料：**申请人及其监护人户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件。
- 2. 病情证明材料：**须最新日期的病情医学检查报告单复印件。
- 3. 家庭经济困难的证明材料。**

以上证明材料另附，与本申请表一起申报，如需留存请自行复印备份。

二、资助标准

手术资助标准：资助对象在享受城乡居民医保、互助基金、商业保险等保险后剩余部分由“心动万家”项目给予适当资助。

（一）普通先心病患儿每人 5000——30000 元标准如下：

1. 自付 5 千至 1 万元（含）的，资助 5 千元；
2. 自付 1 万以上至 1.5 万元（含）的，资助 1 万元；
3. 自付 1.5 万以上至 2 万元（含）的，资助 1.5 万元；
4. 自付 2 万元以上至 3 万元（含）的，资助 2 万元；
5. 自付 3 万元以上的，资助 3 万元。

（二）复杂先心病患儿实行专项资助。需多次手术患儿可予专项资助，按次进行申请，最高资助金额不超过 3 万元/次：

1. 每次手术自付 5 千至 1 万元（含）的，资助 5 千元；
2. 每次手术自付 1 万以上至 1.5 万元（含）的，资助 1 万元；
3. 每次手术自付 1.5 万以上至 2 万元（含）的，资助 1.5 万元；
4. 每次手术自付 2 万元以上至 3 万元（含）的，资助 2 万元；
5. 每次手术自付 3 万元以上的，资助 3 万元。





申请须知

本申请由申请人法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。本申请资料的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。

一、证明材料

- 1. 身份证明材料：**申请人及其监护人户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件。
- 2. 病情证明材料：**须最新日期的病情医学检查报告单复印件。
- 3. 救助资料需要证明。**

以上证明材料另附，与本申请表一起申报，如需留存请自行复印备份。

二、资助标准

手术资助标准：资助对象在享受城乡居民医保、互助基金、商业保险等保险后剩余部分由“心动万家”项目给予适当资助。

（一）普通先心病患儿每人 5000——30000 元标准如下：

1. 自付 5 千至 1 万元（含）的，资助 5 千元；
2. 自付 1 万以上至 1.5 万元（含）的，资助 1 万元；
3. 自付 1.5 万以上至 2 万元（含）的，资助 1.5 万元；
4. 自付 2 万元以上至 3 万元（含）的，资助 2 万元；
5. 自付 3 万元以上的，资助 3 万元。

（二）复复杂先心病，患儿需多次手术的，按次进行申请，最高资助金额不超过 3 万元/次：

1. 每次手术自付 5 千至 1 万元（含）的，资助 5 千元；
2. 每次手术自付 1 万以上至 1.5 万元（含）的，资助 1 万元；
3. 每次手术自付 1.5 万以上至 2 万元（含）的，资助 1.5 万元；
4. 每次手术自付 2 万元以上至 3 万元（含）的，资助 2 万元；
5. 每次手术自付 3 万元以上的，资助 3 万元。

申请人监护人已阅读并知晓上诉申请需知（签字）：





申请人姓名 (患儿)		性别		出生年 月日		民族	
监护人姓名		与患儿关系			联系电话		
家庭成员 情况	姓名	年龄	与申请人 关系	身份证号		工作或学习 单位	
家庭经济 状况	户籍性质	☐ 农业 ☐ 非农业		家庭人口总数			
	主要收入 来源						
	家庭年收入			人均年收入			
	患儿及监护人家庭属性，请在相应方框打√。 ☐ 建卡贫困户 ☐ 残疾人家庭 ☐ 三州三区 ☐ 支出型贫困 ☐ 受自然灾害 ☐ 低收入家庭 ☐ 流动儿童 ☐ 留守儿童 ☐ 因病返贫 ☐ 其他						
申请救助 理由	申请人 确诊时间： 年 月 日，确诊医院： ， 预计手术时间 ，拟手术医院： 手术科室： ； ☐ 跨省市治疗 ☐ 本省市治疗 本次治疗预计需要费用： 元，因 原因，同 意申请“心动万家”项目给予资助。 申请人监护人（签字）： 申请日期： 年 月 日						



佑心定点医院 初评意见	经诊断，申请人符合手术条件，同意安排手术， 本次手术方案：_____ _____ 预计需要费用：_____元，经手术科室初审评估，患儿在享受医保、互助基金、商业保险等报销后，剩余部分申请“心动万家”项目给予资助 <u>5000——30000（详见救助标准）</u>元，以实际结算金额为准。 审核医师/医院社工： 年 月 日
佑心基金会 意 见	经审核，申请人符合资助条件，经项目办公室复审评估，佑心基金会资助_____元。 （公章） 年 月 日 审核人： 联系电话：





上海佑心慈善基金会

“心动万家”关爱先天性心脏病患儿佑心行动项目

免责知情同意书

我是（申请资助患儿姓名）_____的监护人，姓名：_____身份证号：_____，联系地址_____，联系电话_____。该儿童经诊断患有先天性心脏病，因家庭经济收入较低，无力承担全部手术费用，现通过_____定点医院，向上海佑心慈善基金会申请资助，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脏病手术治疗所存在的不确定性及各种风险，并已做好承担手术治疗的风险和后果的准备，同意并知情以下内容和条款：

1. 该项目资助申请对象为 **0-14 周岁患有先天性心脏病且需要手术治疗的中国籍贫困家庭儿童**。
2. 申请人申报资料须经居住地或者户籍所在地村（居）委会或监护人所在工作单位提供证明，并由上海佑心慈善基金会定点医院医生初审评估，申报资料报至上海佑心慈善基金会“心动万家”项目办公室审核。
3. 审核通过后，由上海佑心慈善基金会向定点医院寄发《同意资助告知函》，由医院通知申请人的监护人。请保持与医院联系，自行办理入院手续。
4. 申请人在医疗过程中出现的任何医疗风险和医患纠纷，由医患双方明确责任并自行解决，上海佑心慈善基金会不承担任何责任。
5. 申请人须在通过评审并获得资助资格的三个月内完成手术，未在有效期内手术的申请人如仍需资助，需提交情况说明，并按提交说明的时间重新排队等待资助。
6. 手术资助总金额以《同意资助告知函》所定金额为准，申请人实际发生医疗费用超出资助金额的部分，由申请人家庭自行承担。大病救助项目为一次性救助，对之前已获得上海佑心慈善基金会资助及其它公益组织资助的患儿不受理重复申请。社会定向捐助患儿、需多次手术的复杂先心病患儿除外。
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，上海佑心慈善基金会保留依法追索救助款的权利。
8. 获得救助的申请人监护人有责任和义务为配合基金会宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，并同意使用申请人照片、影像等资料。

本人已阅读上述说明，并保证申请书全部填写内容正确无误，且愿意承担因虚报而引起的任何后果。

监护人：_____（签字）

日期：_____年_____月_____日



家庭困难证明材料粘贴（附后）



患儿情况说明

患儿图片资料

患儿姓名		患儿编号	
患儿生活照	照片粘贴处：照片尺寸：5寸照		
患儿家庭合照	照片粘贴处：照片尺寸：5寸照		

家庭情况说明

兹有出生缺陷（包括先心病）患儿_____，性别_____，年龄_____岁，是_____省（区、市）_____市（州）_____县（区）_____乡镇（街道）_____村民小组（居委会），（父亲：_____ 母亲：_____）村民（居民）的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭收入较低，难以承担患儿全部医疗费用，现向项目组申请为患儿治疗出生缺陷疾病（包括先心病）提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：_____身份证号：_____

患儿母亲：_____身份证号：_____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：_____

联系电话：_____

乡（镇）政府/街道办事处盖章：_____

联系电话：_____

日 期： 年 月 日