

中国青年创业就业基金会
李家杰专项基金
“青春逐梦行动”——润心培根项目
救助申请书

患儿姓名： _____

患儿户籍地： _____省 _____市

患儿编号： _____

主治医院： 云南省阜外心血管病医院

患儿病种： _____

申请须知

一、救助对象：18周岁以下（未满19周岁），具有中国国籍的困境出生缺陷（含先心病）儿童。

二、申请资料包括：

- 1、申请书：《中国青年创业就业基金会李家杰专项基金“青春逐梦行动”——润心培根项目救助申请书》需要患儿法定监护人用黑色圆珠笔或者黑色签字笔逐栏正楷填写，不得空缺，没有则填“无”。
- 2、照片：患儿1寸/2寸照片一张，患儿5寸住院照一张，家庭5寸合照一张。
- 3、身份证明：患儿本人户口页或出生证明复印件一份；患儿所在户口本户主首页及户主页；患儿监护人户口页及身份证复印件各一份（单亲家庭需提供相关证明）。
- 4、家庭情况说明：患儿户口所在地或常住地相关机构盖章的《家庭情况说明》一份，确保原件，保证文字和公章清晰。注意要点如下：（1）须由受助患儿本人或其监护人发起申请，并签名及按手指模；（2）患儿户口所在地或常住地一个以上相关机构进行证明：政府机构（包括且不限于村委会、居委会、乡（镇）政府或街道办、县一级团委、卫健委、民政、妇联、残联等盖公章及留联系电话）或医院盖章并由主治医师签字及留联系电话。
- 5、其他证明材料（可选）：包括且不限于建档立卡户、低保证或低收入证明复印件、残疾证复印件、军烈属证明、孤儿证明等可证明家庭困难情况的材料等（此类材料若无，则可咨询医院项目工作人员由其他证明材料代替）。
- 6、医保证明（非必选）：针对非医保联网之情况，如医保非联网结算患儿，提供当地基本医疗保险报销部门（农村合作医疗或城镇医保）出具的报销比例证明。如就医地参保患儿或已完成异地就医备案手续且医保可联网结算患儿无须提供医保证明；

三、填写要求：申请资料须由患儿法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。确保通讯方式的有效性，如有变更应及时知会医院项目社工更新。对填报有实际困难的，可以由医院项目社工协助填报，其法定监护人签字并按红手印。

四、审核规定：审核次序根据每次接收到患儿资料的时间先后次序而定。患儿按照本申请须知的要求准备资料，提交给医院项目社工进行审核。申报表的递交并不代表已经通过评审获得医疗救助。材料不齐或者出院前未提交申请材料原件都将影响资助，具体流程咨询医院项目社工。

五、特别说明：1、该项目申请不收取任何费用，如审核通过，救助款项将直接拨付到医院。2、审核结果无法修改。3、凡核定救助的患儿，其治疗方案的认定及治疗风险和后果由患儿监护人自行承担，如出现医疗事故，患儿监护人自行和医院协商解决，本项目资助方不承担任何责任。4、符合条件并自愿申请救助的患儿法定监护人（父母或其它）须签署承诺书。

六、获得资助的患儿监护人有责任和义务配合珍惜生命基金会、中国青年创业就业基金会李家杰专项基金对有关该患儿的公益宣传和采访活动，并同意使用包括但不限于该患儿相关的照片、影像等资料。本项目最终解释权归中国青年创业就业基金会李家杰专项基金。

本人确认已经阅读并了解上述须知条款，并同意所有申请规定。

监护人：_____（签字）

_____年____月____日

承诺书

致：中国青年创业就业基金会李家杰专项基金

我是患儿_____的监护人_____。该儿童患有出生缺陷疾病（含先心病），因家庭经济收入较低，无力承担全部治疗费用，现向中国青年创业就业基金会李家杰专项基金申请资助，以帮助完成患儿手术及住院治疗。

作为监护人，我们充分了解出生缺陷疾病（含先心病）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。我们知道，中国青年创业就业基金会李家杰专项基金等慈善机构，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医院和患儿家属双方自行解决。任何医疗风险和事故与中国青年创业就业基金会李家杰专项基金等慈善机构无关。

我们同意配合珍惜生命基金会和中国青年创业就业基金会李家杰专项基金对有关该患儿的公益宣传和采访活动，并同意使用该患儿相关的照片、影像和文字等资料。此外，我们同意将患儿的申请资料、病历等相关文件提供给珍惜生命基金会、中国青年创业就业基金会李家杰专项基金，以供其详细了解患儿的病情、手术及康复状况。

本申请书所填内容为审核主要依据，申请材料中如出现资料不齐全、虚报或者隐瞒行为，一经发现，将不予资助。同时，对于已获资助但经发现有隐瞒、欺诈等不良行为的情况，中国青年创业就业基金会李家杰专项基金有追索救助款的权利。

本人已详细阅读完上述内容，理解并同意以上所述之全部内容。

监护人：_____（签字并按手指模）
_____年____月____日

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）____村委会（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。本说明用于患儿家庭向中国青年创业就业基金会李家杰专项基金“青春逐梦行动”——润心培根项目申请患儿治疗出生缺陷（包括先心病）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。

申请人：_____（签字并按手指模）

单位盖章：_____

单位经办人签字：_____

单位经办人联系电话：_____

_____年____月____日

申请表-1

患儿姓名		性别		民族		1 寸/2 寸照片
患儿身份证			患儿出生日期	____年____月____日		
患儿户籍	☐ 农业户口 ☐ 非农业户口		患儿教育	☐ 未上学 ☐ 已上学， 就读于____学校		
现居住地址	____省____市____县（区）_____					
监护人信息	与患儿关系	教育程度	身份证号码		联系电话	微信号
患儿医保信息	☐ 未购买 ☐ 已购买 医保号：_____		是否有商业 医疗保险	☐ 否 ☐ 是，商业保险名_____ 报销金额为_____元。		
是否申请其他公益基金资助	☐ 否 ☐ 是，公益基金名_____ 资助金额为_____元。		精准扶贫建档立卡户	☐ 否 ☐ 是 ☐ 曾经		
家庭收入及支出情况	（一） 家庭总劳动力_____人；家庭总收入_____元； （二） 家庭务工收入人员（常住地_____省平均收入_____元/年/人） 1. 姓名：_____；职业：_____；单位：_____年收入_____元/年； 2. 姓名：_____；职业：_____；单位：_____年收入_____元/年； （三） 家庭务农收入人员 1. 农业收入：耕种面积_____亩；主要农作物及年收入：_____。 2. 家畜种类和数量及年收入：_____ （四） 家庭其他收入来源：☐ 无 ☐ 有；主要为_____收入约_____元/年。 （五） 家庭赡养老人：_____人；孩子_____人。 备注：上述诸项可叠加，如无，划“/”，请如实填写，完整性和真实性将会直接影响审核结果。					
（由申请人自行陈述） 家庭困难说明	本人承诺本申请表所填写及阐述之事实真实有效。 申请人（监护人）签字：_____ 签字日期：_____					
填写说明： 1、家庭总劳动力：是指与患儿共同生活，有劳动力的成年直系亲属，如：父母、兄弟姐妹等。 2、家庭务工收入人员：可填写多种，如：工人、公司职员、销售员、教师、医生、公务员、个体户、务农、无业（含家庭主妇）等。 3、家庭说明：可填写患儿家庭情况、是否单亲/孤儿，外债情况、过往治疗情况或其他重大支出（赡养老人、家庭成员重大疾病或家庭重大变故），请说明支出时间、事项和花费金额。						

申请表-2

姓名	
患儿家庭合照	(照片粘贴处, 照片尺寸: 5寸照)
患儿住院照	(照片粘贴处, 照片尺寸: 5寸照)
照片要求: 1、合影要求: 如果是自建房, 合照以主体房屋为背景; 如果是商品楼房, 合照以客厅全景为背景。 2、拍摄要求: 能够清晰的看到每个人的面孔和全身, 不能逆光拍摄, 不能 P 图; 审核不合格者须重新提交。 3、住院照要求: 患儿住院期间在医院拍摄, 注意避免暴露隐私部位。	

患儿营养风险筛查 STAMP 评估表

（一）患儿资料

姓名		性别		出生日期	
病区		床号		住院号	
身高（m）		体重（kg）		体重指数 BMI	
临床诊断					
快递地址	____省____市____区____；收件人姓名及电话：_____				

（二）疾病状态

临床 诊断	无营养不良 指证（若是 √记0分） ☐ 门诊手术 ☐ 营养调查	可能存在营养不良指证（若是请打√，记2分）		肯定存在营养不良指证（若是请打√，记3分）	
		☐ 饮食行为问题 ☐ 心脏病 ☐ 脑瘫 ☐ 唇裂和腭裂 ☐ 腹腔疾病 ☐ 糖尿病	☐ 胃食管反流 ☐ 小手术 ☐ 神经肌肉疾病 ☐ 精神病 ☐ 呼吸道合胞病毒感染 ☐ 单一的食物过敏不耐受	☐ 肠衰竭 ☐ 顽固性腹泻 ☐ 烧伤及严重创伤 ☐ 克罗恩病 ☐ 囊性纤维化	☐ 吞咽困难 ☐ 肝脏疾病 ☐ 大手术 ☐ 多种食物过敏/不耐受 ☐ 积极治疗中的肿瘤 ☐ 肾病/肾衰竭
得分					

（三）营养素摄入

状况	无变化/良好（0分）	最近减少/匮乏（2分）	无营养素摄入（3分）
得分			

（四）人体测量（参照 WHO2006 标准生长曲线表）

结果	合适年龄百分位（0分）	>2 百分位（1分）	>3 百分位（Z 评分）或体重<2 nd 百分位（3分）
得分			

（五）营养风险筛查评估结果和处理

评估结果 和处理	① 0-1 分：低营养风险，继续常规临床护理，每周复测 STAMP 表	
	② 2-3 分：中营养风险，监测 3 日摄食情况后再次评估，需要的话修订营养支持计划	
	③ ≥4 分：高营养风险，咨询营养师、NST 小组或会诊，每周监测和重新评估营养状况，修订营养支持计划	
合计分		处理①/②/③
医院意见	签字：_____ 日期：_____	

患儿营养康复品领用签收单

_____（患儿姓名）已根据医院营养评估结果，领取_____产品，	
共_____盒，价值人民币_____元。	
监护人签字（盖手印）：_____	
日期：_____	

投保授权书

本人_____为被保险人_____（身份证号_____）的法定监护人，特作如下说明：监护人已知悉并同意云南省阜外心血管病医院（投保单位）在华安财产保险股份有限公司为其投保“青春逐梦行动—润心培根项目”救助对象手术/麻醉意外身故险保险产品。如救助申请未获得基金会审批通过，则本次投保无效。

被保险人的法定监护人签字（盖手印）：_____

日期：_____

救助申请审批表（医院联）

患儿姓名		医院名称	云南省阜外心血管病医院
患儿编号		申请日期	
保险支持	该患儿符合医疗保险投保之要求，故已投保，保费为_____元。 经手人签字：_____ 日期：_____	康复支持	经评估该患儿有营养康复提升之需求，已为其提供支持，费用为_____元。 经手人签字：_____ 日期：_____
医院/ 社工部 意见	该患儿符合救助病种及救助要求，在了解并确认该患儿提交资料及家庭情况属实之基础上，同意救助。 医生签字：_____ 日期：_____ 社工签字：_____ 日期：_____		
特殊申请 (如有)	特殊申请内容	☐ 超病种 ☐ 超龄 ☐ 其他：_____ 特殊申请原因：_____	
	特殊申请原因	医院救助情况： 已救助人数_____人，已结算金额_____元， 平均救助金额_____元/人。 病况简述： _____ _____ _____ _____ 预计医疗费用：_____	
	医院/社工部评估 意见	医生签字：_____ 日期：_____ 社工签字：_____ 日期：_____	