



云南省青少年发展基金会
“云阜专项基金”
救助申请书

姓 名：_____

所在地：_____省 _____市

编 号：_____

治疗医院： 云南省阜外心血管病医院

申请须知

一、 **救助对象：**经济困难家庭心血管病患者，同时符合心血管疾病相关手术适应症。

二、 **申请资料包括：**

- 1、 **申请表：**《“云阜专项基金”救助申请表》，本表需要患者本人或其直系亲属用钢笔或者圆珠笔逐栏正楷填写，不得空缺，没有则填“无”。
- 2、 **照片：**患者证件照及5寸照片一张，家庭5寸合照一张。
- 3、 **身份证明：**患者本人身份证或户口本复印件一份（如两者都没有，须当地派出所开具身份证明函）；患儿直系亲属的户口簿及身份证复印件各一份（离异家庭需提供离婚证或法院判决书复印件）。
- 4、 **家庭情况说明：**户籍所在地或常住地相关机构进行证明：政府机构（包括且不限于乡（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）
- 5、 **医学证明：**患者提供最新的超声或CT检查报告一份；救助范围内其他病种患者可提供相关的最新检查报告或诊断证明（此类材料提交复印件即可）。
- 6、 **其他证明材料：**医保卡复印件、低保证复印件、低收入证明复印件、残疾证复印件或其他可证明家庭困难情况的材料等（此类材料如果没有则无需提供）。
- 7、 **医保证明：**患者提供医保卡复印件；医保非联网结算患者，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。

三、 **填写要求：**申请资料须由患者本人或直系亲属负责填报，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疗业务部更新。对填报有实际困难的，可以由医疗业务部协助填报并签字，其本人或直系亲属按红手印。

四、 **审核规定：**审核次序根据每次接收到患者资料的时间先后次序而定。患者按照本申请须知的要求准备资料，提交给医疗业务部进行审核。申请表的递交并不代表已经通过评审获得慈善救助。材料不齐或者出院前未提交申请材料原件都将影响资助，具体流程咨询医疗业务部。

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、凡核定救助的患者，其治疗方案的认定及治疗风险和后果由患者及直系亲属自行承担，如出现医疗事故，患者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者或直系亲属须签署承诺书。5、获得资助的患者及家庭有责任和义务配合基金会的公益宣传和采访活动，并同意使用包括但不限于该患者相关的照片、影像等资料。

本项目最终解释权归云南省青少年发展基金会。

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。

患者/亲属签字： _____

_____年 _____月 _____日

承 诺 书

基金会：

我是_____ / _____（直系亲属）。因家庭经济收入较低，无力承担全部医疗费用，现向基金会申请资助，以帮助完成手术治疗。

我们充分了解心血管疾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医院和患儿家属双方自行解决。任何医疗风险和事故与基金会无关。

我们同意配合医疗业务部与基金会对有关患者的公益宣传和采访活动，并同意使用患者相关的照片、影像和文字等资料。此外，我们同意将患者的申请资料、病历等相关文件提供给基金会，以供其详细了解患者的病情、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，医院及基金会会有追溯救助款的权利。

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。

患者/直系亲属签字：_____

_____年_____月_____日

家庭情况说明

兹有社区/村委会居民_____，性别_____，年龄_____岁，家庭住址_____省（区、市）
_____市（州）_____县（区）_____乡镇（街道）_____村民小组（居委会），因患有心血管相关疾病需进行手术治疗，治疗费用较高，家庭经济条件较差，无力承担全部医疗费用，现在云南省阜外心血管病医院治疗并向基金会申请资助。

患者姓名：_____身份证号：_____

直系亲属：_____身份证号：_____

情况属实，特此说明。

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

“云阜专项基金”申请表

患者姓名		性别		申请日期		1寸/2寸照片 正面，五官清 晰，背景为纯色
出生日期	年 月 日	民 族	族	年 龄	岁	
患者身份证		户籍类型	<input type="checkbox"/> 农业户口 <input type="checkbox"/> 非农村户口			
居住地址	_____省 _____市 _____县(区) _____					
亲属信息	姓 名	与患者关系	身份证号码	联系电话	微信号	
直系亲属 1						
直系亲属 2						
是否为建档 立卡户	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 最低生活保障户或_____		是否有孤儿 单亲或残疾	孤儿 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 单亲 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 残疾 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
患者医保 类型	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保 <input type="checkbox"/> 无 预计报销比例：_____		是否有商业 医疗保险	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 报销比例或额度：_____		
是否申请其 他基金资助	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 是 公益基金名称：_____		是否发起 网络筹款	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 筹款平台/渠道：_____		
家庭经济 情况简述	<p>一、家庭成员情况： 家庭成员_____人，家庭劳动力_____人，需要抚养孩子_____人，需要赡养老人_____人，长期患病并治疗_____人。</p> <p>二、家庭收入状况： 家庭主要收入来源为_____【如务农/打工/上班/做生意/其它等】，收入状况描述：_____。 _____。家庭前三年平均年收入约_____万元。</p> <p>三、家庭重大支出情况（选填，如无则填“无”）： 资助患者之外的家庭成员有重大疾病情况。具体为：_____。</p> <p>家庭曾出现资助患者之外的重大变故情况。具体为：_____。</p> <p>家庭现有重大负债情况。具体为：_____。</p> <p>家庭是否有商品房贷款、除农用车外的自用车情况。具体为：_____。</p> <p>家庭主要困难情况补充描述：_____。</p>					

申请人（或直系亲属）签字：_____

签字日期：_____年____月____日

患者图片资料

患者姓名		患者编号	
患者生活照	照片粘贴处：照片尺寸：5寸照		
患者家庭合照	照片粘贴处，照片尺寸：5寸照 (患者的家庭合照或与其直系亲属的合照)		

患者家庭情况概述

患者/直系亲属签名： _____
_____年_____月_____日

本人已详细阅读患者申请材料的全部内容，所述内容真实有效，愿承担相关责任。

证明人信息：

姓名： _____ 身份证号码： _____ 联系电话： _____ 常住地： _____

姓名： _____ 身份证号码： _____ 联系电话： _____ 常住地： _____