

中华社会救助基金会

“泰康同济（武汉）医院爱心救助”公益项目

资助申请书

患者姓名：_____

治疗科室：_____

填报日期：_____

中华社会救助基金会

“泰康同济（武汉）医院爱心救助”公益项目

“中华社会救助基金会·泰康同济（武汉）医院爱心救助”

申请须知

一、提交资料清单

请向医院提交以下材料：

1. 《“泰康同济（武汉）医院爱心救助公益项目”》申请书。
2. 政府部门开具的经济困难证明（如果是贫困户、低保户、精准扶贫户，需提供低保手册、建档立卡贫困户手册等复印件）或 家庭成员流水单。
3. 社会特殊贡献的相关证明。
4. 患者照片一张（患儿需提供全家合照一张）。
5. 术前检查及医学诊断等证明。
6. 患者本人身份证（或未成年人患儿监护人身份证）复印件和户口本复印件；患儿本人户口本复印件或者出生证明复印件、患儿家庭其他成员身份证复印件和户口本复印件。
7. 家中有残疾人员的，需提供该位家庭成员的残疾证明。

二、特别说明

8. 该项目申请不收取任何费用。术前申请，如审核通过，救助款将直接拨付到医院账户。
9. 审核结果无法修改。
10. 本申请书需由患者本人（监护人）书写并签字。不会书写者可找人代写，但需代笔人签名，患儿则需监护人按手印。
11. 材料不齐或者出院前未提交申请材料原件都将影响资助，具体流程咨询工作人员。
12. 本申请书所填内容为审核主要依据，请按要求完整填写申请书，未填写部分将被视为‘无’。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，已经发放资助我方将保留追索救助款项的权利。
13. 中华社会救助基金会泰康同济（武汉）医院爱心救助项目组有权决定资助对象及款项的使用。

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。

患者（监护人）：_____（签字）

联系方式：_____

申请时间： 年 月 日

中华社会救助基金会·泰康同济（武汉）医院爱心救助公益项目
资助申请书

中华社会救助基金会：

我是_____（患者姓名），身份证号_____（患者监护人_____，身份证号_____）；经医院诊断患有_____（疾病种类或名称），
因家庭经济收入较低，无力承担全部手术费用 对社会有相应贡献，现向中华社会救助基金会泰康同济（武汉）医院爱心救助公益项目申请资助，以协助完成手术治疗。

作为患者本人 监护人，我们充分了解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，中华社会救助基金会泰康同济（武汉）医院爱心救助公益项目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，中华社会救助基金会泰康同济（武汉）医院爱心救助公益项目可以在报刊、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。此外，我们同意将患者病历等相关文件提供给项目组，以供其详细了解患者的病情、手术及康复状况。

本申请书的递交并不代表已经获得项目救助，项目组对此不承担任何明示或暗示的责任、义务和担保。请患者及监护人务必在治疗前与医院项目联系人确认是否获得资助。提前将申请表交到医院的患者，入院时请告知医院项目联系人患者已入院，否则无法予以资助。

该项目申请不收取任何费用。如审核通过，救助款将直接拨付到医院。

本申请书所填内容为审核主要依据，请按要求完整填写申请书，未填写部分将被视为‘无’。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；

中华社会救助基金会**有权**决定资助款项的使用；对于已获资助但发现有隐瞒、欺诈等不良行为的情况，中华社会救助基金会**有**追索救助款的权利。

泰康同济（武汉）医院爱心救助项目管理委员会对本项目实施方案具有最终解释权。

我已阅读、理解并同意以上全部内容，患者 监护人（签字）：_____

20 年 月 日

患者日常生活照片

粘 贴 处

患儿全家合影照片

粘 贴 处

备注：经济困难者全家合影照片最好是在自家住房前的合影（**此页是必填项**）

中华社会救助基金会“泰康同济（武汉）医院爱心救助公益项目”
资助申请审核评估表

基础资料（手写）

患者姓名		性别		民族		患者照片粘贴处或提供一张患者近期生活照
出生日期	年 月 日	家庭住宅电话				
患者身份证号						
移动电话 (必填两个当地/长期使用电话)	患者本人		<input type="checkbox"/> 父亲 <input type="checkbox"/> 母亲			
	爷爷或奶奶		其他亲戚			
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	<input type="checkbox"/> 城镇户口 <input type="checkbox"/> 农村户口	
监护人身份证号码				监护人微信号		
患者医保类型	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 新农合			患者是否有商业医疗保险	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
申请其他公益基金资助名称	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有，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：	
是否为精准扶贫户	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
一起生活的家庭成员（请提供每个成员的户口本、身份证复印件）						
姓名	与患者关系		年龄	文化程度	职业	

“中华社会救助基金会·泰康同济（武汉）医院爱心救助”

家庭年总收入		家庭劳动力人数 (几个人有收入)		

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）

家庭情况简介

《家庭情况简介》部分由患者本人（或监护人）书写，需详细提供家庭的经济收入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，患者（监护人）按手印。**此部分内容填写的完整程度，将直接影响审核结果。**

基本情况：

家庭住房情况	<input type="checkbox"/> 有房产	<input type="checkbox"/> 自建房	<input type="checkbox"/> 土坯房 <input type="checkbox"/> 砖瓦房 <input type="checkbox"/> 其它_____		
			面积：_____平方米_____间	建房时间：_____年	
			建房总花费：_____元		
	<input type="checkbox"/> 商品房	购房面积：_____平方米		购房时间：_____年	
		房产总价值_____元		房产首付：_____元	
		购房所在地_____		房产每月房贷：	
				<input type="checkbox"/> 公积金贷款还贷_____元 <input type="checkbox"/> 商业贷款还贷_____元	
<input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 拆迁安置房：		<input type="checkbox"/> 经济适用房：		
	总价值_____元		总价值_____元		
	<input type="checkbox"/> 其他：_____ 总价值：_____元				
<input type="checkbox"/> 租房	<input type="checkbox"/> 平房 <input type="checkbox"/> 楼房		月租金：_____元		

“中华社会救助基金会·泰康同济（武汉）医院爱心救助”

	租房所在地：_____
	面积：_____平方米
	<input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 单位宿舍 <input type="checkbox"/> 借住亲戚家
主要农业生产工具	<input type="checkbox"/> 拖拉机 <input type="checkbox"/> 水稻收割机 <input type="checkbox"/> 插秧机 <input type="checkbox"/> 其它_____
主要交通工具	
购车情况（私家车、大型农用机器、挖掘机等）	品牌：_____ 买车的费用：_____
	购买时间：_____年_____月 <input type="checkbox"/> 否
	是否抵押或出售： <input type="checkbox"/> 是

家庭经济收入来源：（按实际情况选择填写）

1) 请如实填写家庭成员工作情况（包括固定工作、外出打工人员、退休人员情况）

固定职业收入人员

工作人姓名	工作单位名称	职务	工作年限	月收入/元	年收入/元

外出务工人员

工作人姓名	工作内容	过去一年主要打工地点	每年工作几个月	月收入(元)	年收入(元)

“中华社会救助基金会·泰康同济（武汉）医院爱心救助”

退休人员

退休人姓名	工作单位名称	退休时间（年）	退休金/月（元）

2) 农林牧渔畜收入

请如实填写家中农业收入信息；

1. 农业收入：耕种（单位：亩）+农作物名称+每亩年收入

2. 畜牧业收入：家畜品种+数量+年收入

3) 其他收入

家庭积蓄（患者生病前）：_____元

个人筹款：_____元；患者因病向亲戚筹款：_____元；

患者因病网络筹款：_____元；

低保金：_____元/月

其他：_____元

家庭支出情况介绍：（按实际情况选择填写）

1) 近5年内，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）

2) 近5年内，家庭重大变故情况介绍（时间、事件、花费金额，重大变故举例：车祸、火灾、自然灾害、意外伤害、家庭成员出走、离婚、入狱等）

3) 家庭中其他重大支出（请描述近5年内家庭其它重大支出，例如：孩子上学、老人抚养、结婚、买房/建房、做生意等）

“中华社会救助基金会·泰康同济（武汉）医院爱心救助”

4) 外债：目前如家庭有未还清外债情况，请详细填下下表

有通过银行贷款、信用卡、高利贷、网络借款、私人借款等形式的借债情况均需填写				
借债时间	借债金额	借债用途	借款来源（向谁借的）	已还清金额

5) 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, 如提供虚假信息则自动放弃本次申请。

患者本人（监护人）签字

代笔人签字（如有代笔人签此处）

“中华社会救助基金会·泰康同济（武汉）医院爱心救助”

注：农村患者，一名证明人必须为村干部（如村支书、村主任、村妇联干部等）

城镇患者，一名证明人必须为所在地居委会工作人员；患者父母外出务工，一名证明人必须为常联系的工友。

证明人姓名：_____ 电话：_____ 与证明人关系：_____

身份证：_____ 地 址：_____

证明人姓名：_____ 电话：_____ 与证明人关系：_____

身份证：_____ 地 址：_____

证明人姓名：_____ 电话：_____ 与证明人关系：_____

身份证：_____ 地 址：_____

村委会电话：_____

工作单位人事部门电话：_____

家庭经济情况证明

兹有_____（患者姓名）

身份证号_____（无户口填“无”）家庭住址_____

_____为我辖区居民，系我村/社区 低保户、 精准扶贫户、 建档立卡贫困户、 残疾家庭、 一般家庭、 其他_____；现在_____（医院名称）进行治疗，因治疗费用较高，家庭经济条件较差，无力承担全部治疗费用，现向中华社会救助基金会泰康同济（武汉）医院爱心救助公益项目申请医疗资助金。

以上所述属实

村委会/居委会

乡镇政府/街道办事处

盖 章

盖 章

20 年 月 日

20 年 月 日

电话（必填）：

电话（必填）：

备注：请完整填写，低保家庭需提供低保证及低保存折复印件。

精准扶贫户、建档立卡贫困户提供手册复印件。