**重庆儿童救助基金会“慈幼共创•助医项目”申请表**

编号： 救助项目：生殖细胞瘤

|  |
| --- |
| 患儿近期照片 |

患儿姓名： 性别： 户籍所在地：

出生日期： 年 月 日

家庭住址：

患病名称(医院填写）：

医保情况： （有/无） 医院意见：

申请人姓名： 与患儿的关系：

手机： 备用联系电话：

身份证号：

申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 家庭成员基本情况 | | | | |
| 姓名 | 与患者关系 | 年龄 | 职业 | 备注 |
|  |  |  |  | 填写家庭实际人口。 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭年收入情况详细说明 | | | | |
| （劳动力数？分别在哪从事什么工作？其他收入来源？人均年收入） | | | | |
| 家庭其他情况说明 | | | | |
| 家庭成员健康情况：（有无患病人员，患病病种及时间，治疗情况）  家庭遭受灾害损失情况：（时间，灾害情况，损失金额）  其他情况：（有无残疾人、优抚对象以及其他表格中未涉及到的导致家庭贫困的情况）  **本人保证上述资料正确无误并愿意承担因虚报引起的法律责任。**  申请人签字： | | | | |
| 本人证明申请者上述资料正确无误并愿意承担因虚报引起的法律责任。  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：  时间：20 年 月 日 | | | | | | |
| 家庭所在居委会（村委会）证明 | | | | | | |
| 证明意见（详细）：    证明单位（盖章）：  证明人：  联系电话：  时间： | | | | | | |

**申 请 须 知**

1. 本救助申请表由重庆儿童救助基金会（以下简称基金会）项目管 理部（以下简称项目部）制作，解释权归基金会；
2. 申请人可直接到相关医院秘书处或到基金会办公室索取救助申请表，在认真理解《重庆儿童救助基金会《“慈幼共创 助医项目”管理办法》及《重庆儿童救助基金会“慈幼共创·助医项目”贫困家庭认定办法》的前提下，填写该申请表；

3. 申请人须提供以下证明：

（1） 农村村民委员会、城市社区居民委员会及以上行政机构出具的家庭贫困证明；对持有低保证和建卡贫困户家庭，出具证件原件及复印件。

（2） 患儿和申请人的身份证复印件，户口本申请人页、患儿页、全家人口页的复印件和患儿最新生活照片。

4. 患儿的所有申请资料由申请人填写，并保证所有资料的真实性 和完整性；基金会的救助为一次性救助，同一申请人获得一次救助后，基金会将不再接受重复申请； 对所有申请资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，基金会将追索其所获得的全部医疗救助款，情节严重者将依法追究法律责任；

5. 本申请表的受理并不代表一定获得医疗救助；

6. 所有获得本项目救助的患儿和其监护人应积极提供必要的文字、 照片和影像等资料并配合基金会用于公益目的的宣传、刊登、采访视频和筹款等活动，并同意使用相关的照片和影像等资料。

7. **基金会只给予患者医疗费用资助，对患者治疗期间出现的医疗事故等不承担任何责任。**

**我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有条款的规定，愿意如实提供填写相关信息，并愿意承担相关法律责任。**

申请人签字： 年 月 日