

顺丰暖心

儿童医疗救助项目申请书

救助病种： 先心病

患儿姓名：_____

定点救治医院：_____河南省胸科医院_____

顺丰公益基金会

2025年5月制

顺丰公益基金会“顺丰暖心”项目救助资格审核书

一、患儿家庭基本信息

患儿基本信息					
患儿姓名		性别		民族	
出生日期	年 月 日	身份证号			
患儿教育信息	<input type="checkbox"/> 上学 <input type="checkbox"/> 未上学	学校名称		年级	
联系电话 (至少填两个)	父亲电话		母亲电话		
	其他家属电话				
家庭住址【户籍住址和实际住址是否一致： <input type="checkbox"/> 是（任填其一） <input type="checkbox"/> 否（两者都填）】					
户籍住址	省（区） 市 县（区） 乡（镇） _____				
实际住址	省（区） 市 县（区） 乡（镇） _____				
患儿全部家庭成员信息（无需填写患儿本人信息）					
姓名	与患儿关系	年龄	文化程度	本人职业	如有特殊情况可填写 (离异、残疾、生活无法自理等)

二、患儿家庭资产及收支情况

(一) 家庭房产车产情况 (请在符合实际情况处填写并在□中打√)

房产情况	自建房	建房时间：_____年 房屋面积：_____平方米	
	商品房	购房时间：_____年 房屋面积：_____平方米 购房金额：_____元	
		房产贷款 □是□否	首付金额：_____元 贷款金额：_____元 贷款年限：_____年 月供金额：_____元
	其他补充：		
车产情况	汽车品牌及型号：_____		全款购车金额：_____元
	购车时间：_____年____月		首付金额：_____元 贷款金额：_____元
	是否贷款： □是 □否		贷款年限：_____年 月供金额：_____元
	其他补充：		

(二) 家庭收入情况 (填写患儿父母现有工作经历或最近一次工作经历, 以下均不可空白)

姓名	工作地点	工作单位(全称)	工作岗位/内容	工作起始时间	月收入(元)
其他收入或补助	按照“时间+事由+金额”的方式进行列举, 如: 拆迁或征地补偿、林地或耕地承包经营权转让等。				

(三) 家庭近3年重大支出情况 (如医疗、车祸、意外伤害、自然灾害、家庭重大变故等)

支出时间	支出事项	实际承担金额(元)
_____年____月		
_____年____月		
_____年____月		
_____年____月		
_____年____月		
其他补充：		

三、申请自述（详细、有条理且字迹清晰）

患儿家庭情况、外债情况、过往治疗情况或其他困难情况（由患儿监护人自行陈述）

四、其他筹款

网络筹款	筹款平台：_____	申请时间：____年__月__日
	已筹金额：_____元	截止时间：____年__月__日
申请其他 救助项目	项目名称：_____	申请时间：____年__月__日
	是否获批：_____	获批金额：_____元
其他补充：		

顺丰公益基金会“顺丰暖心”项目申请承诺书

顺丰公益基金会“顺丰暖心”项目组：

我是_____（患儿姓名）的法定监护人，因家庭存在经济困难，无力承担全部治疗费用，现向顺丰公益基金会申请顺丰暖心项目救助，以协助患儿完成相关治疗。

我们知悉、同意并承诺：

1、顺丰暖心项目作为公益救助而非普惠性医疗救助项目，遵循“帮困救急”和“一人一策”的救助原则开展救助工作。该项目申请不收取任何费用，提交顺丰暖心项目申请书并不代表患儿获得救助资格，**患儿救助资格以顺丰公益基金会审核结果为准。**

2、患儿家庭所提交的申请资料均真实、有效、完整，保证不会为了获取公益救助资源而故意编造家庭困难情况或伪造证明资料。如有伪造申请资料等不诚信行为，顺丰公益基金会**有权取消患儿救助资格。**

3、对于患儿家庭存在其他渠道筹款但未如实报备或未在申请书中如实填写，顺丰公益基金会**有权不予资助。**若已资助，顺丰公益基金会**有权取消患儿救助资格并保留追回救助款的权利。**

4、作为监护人，我们充分了解医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好在顺丰暖心定点救治医院接受治疗及承担治疗风险和后果的准备。

5、顺丰公益基金会**仅在医疗费用方面给予资助，不承担患儿治疗效果、治疗风险等方面的责任。**任何医患纠纷均由患儿所在顺丰暖心定点救治医院和患儿监护人自行协商解决。

6、患儿监护人同意顺丰暖心定点救治医院将患儿的疾病情况、治疗经过、治疗病历等与患儿疾病治疗相关的信息和文件提供给顺丰公益基金会，以供其详细了解患儿的病情、手术及康复情况。

7、患儿监护人愿意积极承担起患儿救治的主体责任，做到诚实守信，尊重顺丰公益基金会和顺丰暖心定点救治医院的付出，积极配合完成与顺丰暖心项目相关的事项。

8、在患儿获得顺丰暖心项目救助后，为实现公益传播的目的，患儿监护人同意授权顺丰公益基金会及定点救治医院在项目宣传品及各类媒体上无偿使用患儿及家属的肖像权及影像资料，积极配合项目相关宣传活动，并不对此提出任何异议。

我已阅读并同意以上全部内容，患儿监护人：_____（签字、按手印）

患儿监护人身份证号：_____

申请日期：_____年 月 日