

---

爱佑慈善基金会

“爱佑童心”——贫困先天性心脏病儿童医疗救助项目

资助申请书

患儿姓名：\_\_\_\_\_

治疗医院：\_\_\_\_\_



爱佑慈善基金会

## 申请须知

### 一、提交资料清单

请向医院提交以下材料：

1. 《爱佑慈善基金会“爱佑童心”——贫困先天性心脏病儿童医疗救助项目》申请书，包含贫困证明；
2. 患儿照片一张；全家合照一张；
3. 患儿术前B超；
4. 患儿父母身份证复印件和户口本复印件(如离异请提供离婚证或者法院判决书复印件)、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；

有效期内

5. 如果是贫困户、低保户、精准扶贫户，请提供低保手册、建档立卡贫困户手册等复印件；
6. 家中有残疾人员的，请提供该位成员的残疾证明；

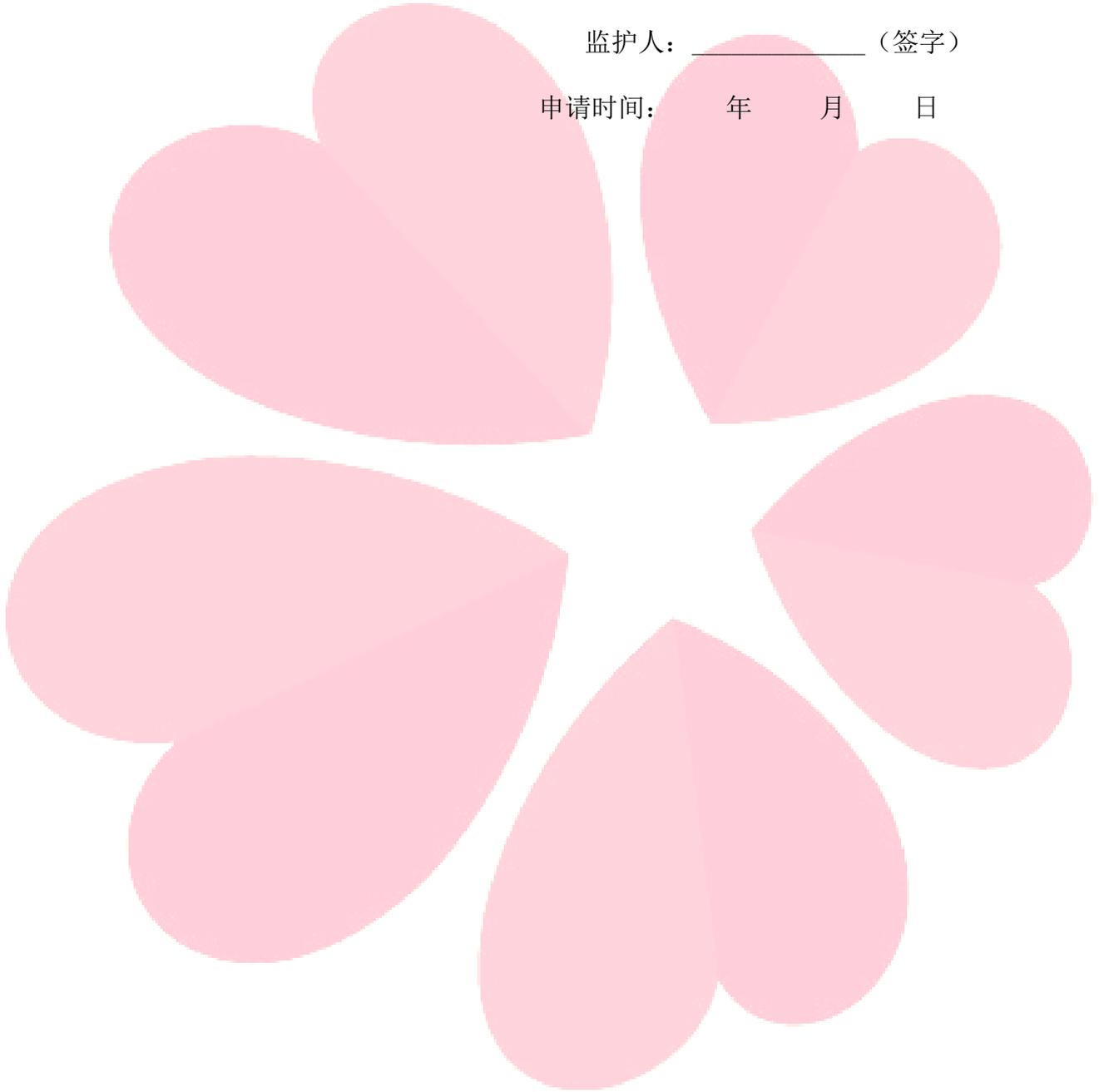
### 二、特别说明

1. 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。
2. 审核结果无法修改。
3. 本申请书需由患儿监护人书写并签字。不会书写者可找人代写，但需代笔人签名，患儿监护人按手印。
4. 获得审批通过的患儿请将材料原件在出院前交于医院方可最终获得项目资助。
5. 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。
6. 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；
7. 爱佑慈善基金会 有权决定资助款项的使用；
8. 对于已获资助但经发现有隐瞒、欺诈等行为的情况，爱佑慈善基金会 有追索救助款的权利。

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。

监护人：\_\_\_\_\_（签字）

申请时间： 年 月 日



## 爱佑慈善基金会孤贫先心病患儿手术治疗项目资助申请书

爱佑慈善基金会：

我是\_\_\_\_\_（患儿姓名）的监护人，身份证号\_\_\_\_\_。该儿童患有心血管病，因家庭经济收入较低，无力承担全部手术费用，现向爱佑慈善基金会申请资助，以协助完成患儿手术治疗。

作为监护人，我们充分了解心血管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，爱佑慈善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，爱佑慈善基金会可以在报刊、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，我们同意将患儿病历等相关文件提供给爱佑慈善基金会，以供其详细了解患儿的病情、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，请患儿家长务必在出院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儿，入院时请与医院项目负责人联系，告知患儿已入院，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；

爱佑慈善基金会**有权**决定资助款项的使用；对于已获资助但经发现有隐瞒、欺诈等不良行为的情况，爱佑慈善基金会**有**追索救助款的权利。

我已阅读、理解并同意以上全部内容，监护人（签字）：\_\_\_\_\_

20 年 月 日

患儿日常生活照片

粘 贴 处

全家合影照片

粘 贴 处

备注：全家合影照片最好是在自家住房前的合影（此页是必填项）

## 爱佑慈善基金会“爱佑童心”项目资助申请审核评估表

## 一、 基础资料（手写）

患儿姓名		性别		民族		患儿照片粘贴处或提供一张患儿近期生活照
出生日期	年 月 日	家庭住宅电话				
患儿身份证号						
移动电话 (必填两个当地/长期使用电话)	父亲		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		
患儿医保类型	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 新农合			患儿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	与患儿关系		年龄	文化程度	职业	

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》部分由患儿的监护人书写，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，患儿家属按手印。**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		

	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
	是否抵押或出售： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

### 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)

## 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（患儿生病前）：\_\_\_\_\_元

个人筹款：患儿因病向亲戚筹款：\_\_\_\_\_元；患儿因病网络筹款：\_\_\_\_\_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）：

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。

患儿家属签字（需摁手印）：

代笔人签字（如有代笔人签此处）：

注：农村患儿，一名证明人必须为村干部（如村支书、村主任、村妇联干部等）；城镇患儿，一名证明人必须为所在地居委会工作人员；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\_\_\_\_\_（患儿姓名），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，现向爱佑慈善基金会（“爱佑童心”项目）申请医疗救助金。

以上所述属实

村委会/居委会

盖 章

20 年 月 日

电话（必填）：

乡镇政府/街道办事处

盖 章

20 年 月 日

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。