

中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”  
先天性心脏病患儿资助申请表

申请人近期照片

申请人姓名：\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_\_\_ 年龄：\_\_\_\_\_

身份证号码：\_\_\_\_\_

监护人姓名：\_\_\_\_\_ 与申请人关系：\_\_\_\_\_

手机号码：\_\_\_\_\_

户籍所在地：\_\_\_\_\_ 省（市、区） \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_ 乡（镇） \_\_\_\_\_ 村

通讯地址：\_\_\_\_\_ 省（市、区） \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_ 乡（镇） \_\_\_\_\_ 村

邮编：\_\_\_\_\_

申报日期：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 申报须知

1. 本申请表由中国红十字基金会（简称中国红基会）根据《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先天性心脏病资助管理暂行办法》印制并负责解释。

2. 该项目申请对象为 0-14 周岁确诊为先天性心脏病且需要手术治疗的中国籍儿童。

3. 本申请表由申请人法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。

4. 申请人申报资料须经患儿户籍所在地县级以上（含县级）红十字会审核后逐级报省级红十字会/基金会审核，最后报至中国红基会，中国红基会不直接受理个人提交的资助申请。

5. 本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。

6. 通过审批确定的受助患儿名单在中国红基会和其户籍所在地省级红十字会/基金会官方网站上公示无异议后，由省级红十字会/基金会向患儿法定监护人发放《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先天性心脏病资助告知书》（以下简称“资助告知书”），并提醒患儿法定监护人注意查收。

**7. 受助患儿须在通过评审并获得《资助告知书》的三个月内完成手术，并在告知书 1 年有效期内提交合格回执资料。非有效期内的手术费用将不予资助。**

8. 本项目为一次性救助，已获得本项目资助的患儿不受理重复申请，需多次手术的复杂先天性心脏病患儿除外。

9. 患儿资助款将通过财政部授权方式拨付至患儿账户或其就诊的定点医疗机构。如拨付至患儿账户的，请患儿监护人务必填写正确的银行卡信息，确保：1) 银行卡户名为患儿真实姓名；2) 银行卡为“一类卡”（在同一家银行办理的首张借记卡）；3) 银行卡三个月内有资金往来，卡状态为激活状态。由于银行卡相关问题导致的资助款拨付不成功或延迟，中国红基会不承担任何责任，并有权优先拨付资助款至银行卡正确的患儿账户。

10. 对申报材料中出现的隐瞒、虚假、伪造等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，中国红基会保留依法追索救助款的权利。

11. 中国红基会只在医疗费用上给予受助患儿支持，在医疗过程中出现的任何医疗风险，均由医患双方明确责任、自行协商解决，中国红基会不承担任何责任。

12. 为配合项目宣传，受助患儿及其法定监护人有责任和义务向中国红基会提供并授权其使用必要的照片、文字、视频、影像等相关资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患儿法定监护人签名（手签）：

年 月 日

# 中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”

## 先天性心脏病患儿资助申请表

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
患儿医保类型	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 新农合			患儿商业医疗保险	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无		
报销比例	医保_____%; 新农合_____%; 商业保险: _____%。						
预计手术时间				预计花费			
初次确诊时间				确诊医院			
申请其他公益基金资助情况	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 公益组织的名称:						
家庭成员情况	姓名	年龄	与患儿关系	身份证号	职业		
备注: 职业 (工人、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、其他)							
家庭经济状况	户籍性质	<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业		家庭人口总数			
	是否为以下类型	<input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 残疾家庭 <input type="checkbox"/> 军烈属家庭 <input type="checkbox"/> 孤儿					
		备注: 符合以上四类家庭的患儿, 需提供相关证明材料复印件; 孤儿需提供当地民政局或福利院证明。以上情况可获得优先资助资格。					
住房情况	<input type="checkbox"/> 仅有一套自住房 <input type="checkbox"/> 有一套以上房产 <input type="checkbox"/> 无						

家庭经济状况	主要收入来源			
	家庭年收入		家庭劳动力人数 (几个人有收入)	
	家庭支出情况	1. 近 3 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 3 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、入狱等）：		
3. 家庭中其他重大支出（请描述近 3 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）：				
其他申请救助原因				

## 申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

- 1. 身份证明材料：** 申请人及其监护人双方户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件。
- 2. 病情证明材料：** 须提供三个月内病情医学检查报告单（超声心动图报告/心脏彩超报告等）复印件。
- 3. 以上证明材料另附，** 与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。

附件：

## 家庭情况说明

兹有患儿\_\_\_\_\_，性别\_\_\_\_\_，身份证号码\_\_\_\_\_，居住在\_\_\_\_\_。因患有先天性心脏病，需进行手术治疗，预计手术费用\_\_\_\_\_元，医保报销后自负费用预计达到\_\_\_\_\_元。该家庭年收入为\_\_\_\_\_元，经济负担重，现向中国红十字基金会申请人道救助。

患儿父亲：\_\_\_\_\_身份证号码：\_\_\_\_\_联系方式：\_\_\_\_\_

患儿母亲：\_\_\_\_\_身份证号码：\_\_\_\_\_联系方式：\_\_\_\_\_

情况属实，特此证明。

居委会/乡（镇）政府或街道办盖章：

经办人联系电话：\_\_\_\_\_

年 月 日