

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”  
白血病儿童资助申请表

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”白血病儿童资助管理暂行办法》印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为 0-18 周岁确诊为白血病的中国籍儿童。
3. 本申请表由患儿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”白血病儿童资助告知书》(以下简称“资助告知书”),并提醒患儿法定监护人注意查收。
7. 患儿法定监护人收到资助告知书后,须按要求填写回执并提交相关资料,资料合格后才可获得资助资格;
8. 本项目为一次性救助,患儿在获得该项目资助资金前去世或痊愈,或已通过中国红基会获得其它渠道的资助,则终止资助;
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. 对申报资料中出现的隐瞒、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:

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”

## 白血病儿童资助申请表

|                                                |                                                                                     |                                                                                                                       |       |          |                                                       |    |  |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|-------------------------------------------------------|----|--|
| 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: _____ %。                                               |                                                                                                                       |       |          |                                                       |    |  |
| 确诊时间                                           |                                                                                     |                                                                                                                       |       | 确诊医院     |                                                       |    |  |
| 确诊病型                                           |                                                                                     |                                                                                                                       |       |          |                                                       |    |  |
| 总花费                                            |                                                                                     |                                                                                                                       |       | 自付金额     |                                                       |    |  |
| 申请其他公益基金资助情况                                   | <input type="checkbox"/> 无<br><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、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) |                                                                                     |                                                                                                                       |       |          |                                                       |    |  |
|                                                | 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: 低保、军烈属、残疾人家庭的患儿, 需提供低保证、军烈属证、残疾人证(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<br>(几个人有收入)                        |  |
|                                                                     | 家庭经济状况 | 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. 申请患儿的户口簿本人页复印件;
2. 申请患儿法定监护人的户口簿本人页复印件、身份证复印件;
3. 最新病情诊断证明原件(须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章, 科室和病区盖章无效);
4. 住院病案首页复印件(须加盖医院病案复印专用章);
5. 骨髓检查报告复印件。

说明: 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。

以上证明材料另附, 请与本申请表同时提交。如需留存请自行复印备份。