

## 申请知情同意书

1. 《医心胰意-1 型糖尿病儿童救助申请表》解释权归河南省妇女儿童发展基金会；
2. 申请资助的患者须已被确诊为 1 型糖尿病；
3. 该项目救助对象为具有中国国籍的 0—18 周岁患者（包括 18 周岁）；
4. 申请人必须患者本人或患者法定监护人，申请人对其提交的所有资料的真实性和完整性负责；
5. 本申请材料的递交并不代表已经获准得到医疗救助；
6. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，河南省妇女儿童发展基金会将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将对之采取行政或法律手段进行诉讼；
7. 所有得到医疗资助的患者监护人均有责任和义务为河南省妇女儿童发展基金会提供必要的有关患者的反馈信息；
8. 本人保证向审批机构提交的全部申请材料：《医心胰意-1 型糖尿病儿童救助申请表》、家庭收入证明、病历（诊断证明）以及其他材料内容真实有效，对该申请材料实质内容的真实性负责。

我确认已经阅读了以上全部条款，并同意以上所有申报规定。

申请人（患者法定监护人）签名：

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

# 医心胰意-1 型糖尿病儿童救助申请表

编号：\_\_\_\_\_

申请日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

## 一、患儿家庭基本信息

患者姓名		性 别	
出生日期		年 龄	
户口所在地			
就诊医院			
患者家庭情况信息			
	第一监护人	第二监护人	
姓名			
与患者关系			
身份证号			
民族			
文化程度			
生活来源			
平均月收入 (元)			
电话			
是否低保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
家庭住址			

## 二、身份证明附件

申请人（患儿）的户口本或出生证明复印件粘贴处：

申请人父母（或监护人）的身份证和户口本复印件粘贴处：

### 三、患者家庭困难证明

证明必须由患者所属单位、村（居）民委员会以上行政机构（包括同级）出具方为有效。（需原件）

## 四、患儿医疗信息登记表

确诊医院(需二级以上医院)：
<p>1、检查报告复印件粘贴处</p> <p>2、诊断证明粘贴处</p> <p>(两者缺一不可)</p>

.....

### 【以下内容由审核机构填写】

<b>专项基金管理委员会 审核意见</b>	<p style="text-align: right;">(签字)：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<b>河南省妇女儿童发展 基金会审核意见</b>	<p style="text-align: right;">(签章)：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>
<b>申请援助内容：</b> <p style="text-align: center;">1、胰岛素泵 1 台      2、配套 50 套耗材</p>	