附件2

“肿瘤患者精准帮扶”项目救助申请人承诺书

本人 ，身份证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

现申请永州市慈善总会—“肿瘤患者精准帮扶”医疗救助项目，并做出如下承诺：

一、本人因家庭经济困难，无力承担医疗费用支出，向永州市慈善总会—“肿瘤患者精准帮扶”项目申请医疗救助。

二、本人已充分了解住院治疗花费经基本医疗保险报销后的自费部分需先由本人筹集支付，再向“肿瘤患者精准帮扶”项目申请救助。

三、本人所提供的所有申请资料信息，包括《救助申请表》、医疗证明资料等真实、可靠，不存在任何虚假、不实情况，如有任何造假、虚构，将向永州市慈善总会—“肿瘤患者精准帮扶”项目返还全额救助资金，并承担一切法律责任。

1. 永州市慈善总会-“肿瘤患者精准帮扶”项目如需通过入户调查、邻里走访、电话、信函索证、信息公示等方式不定期进行调查核实情况，本人承诺将配合相关工作。

五、本人同意永州市慈善总会—“肿瘤患者精准帮扶”项目合理合法使用提交的全部信息材料，并自愿将本人肖像权授予永州市慈善总会—“肿瘤患者精准帮扶”项目作为项目宣传推广使用。

六、本人如与项目合作医疗单位发生医疗纠纷及其他一切意外情况，承诺依法依规与医疗机构协商处理，均与永州市慈善总会—“肿瘤患者精准帮扶”项目及任意第三方无关。

七、本人同意接受一切合法形式的社会监督，如申请人因客观原因必须委托第三人签署本承诺书，需提供书面授权，并写明本人与签署人的关系。

本承诺书的签署人确保是拥有完全民事行为能力和民事权利能力的中华人民共和国公民。

承诺人/监护人签名(指印)： 申请日期：