**中华慈善总会**

**“善济病困项目”救助申请表**

**申 报 须 知**

1、善济病困项目由中华慈善总会发起，北京微爱公益基金会（以下简称：微爱基金会）作为项目的执行机构之一。本申请表由中华慈善总会制作并负责解释。

2、该项目申请对象为患重大疾病需要救治的中国籍困难家庭/儿童患者。

3、本申请表由申请人/其法定监护人填报（用黑色钢笔或签字笔书写），扫描或拍照后与申请资料一同发送至邮箱shanjibingkun@126.com，审核通过后执行机构将联系申请人邮寄纸质版资料。

4、本申请表的递交并不代表可以获得资助，申请资料一经递交不予退回。

5、申请人保证所有资料的真实性和完整性，对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，中华慈善总会和微爱基金会保留依法追索资助款的权利。

6、得到“善济病困项目”资助的患者，在获得资助金额后，相关款项将直接拨付至申请人所在医院或申请人/法定监护人账户。

7、获得资助的申请人/法定监护人有责任和义务为配合本项目宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，配合采访活动，并同意使用申请人照片、影像等资料。

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。

（请抄写上面一句话）

申请人签名： 监护人签名：

|  |
| --- |
| 患者基本信息 |
| 姓名： | 性别： |
| 出生日期： | 民族： |
| 家庭住址： | 身份证号： |
| 监护人姓名： | 与患者关系： |
| 监护人身份证号： | 监护人联系方式： |
| 患者确诊疾病名称： |
| 已**自费**承担的医疗费： | 未来要**自费**承担的医疗费： |
| 已接受社会各界捐赠资金（含个人求助和公益机构捐赠）： |
| 家庭情况及成员：1.家庭成员（姓名、工作、与患者关系、联系方式）：2.家庭主要收入来源：3.家庭年收入：4.是否存在债务及涉及金额（如有）： |
| 接收善款账户信息1.户名：2.开户银行：3.账号： |
| 我承诺以上所提供信息真实有效，如有虚假，愿自行承担全部责任。申请人签字： 监护人签字：日期： |
| 申请人所需提供的材料 |
| 包括但不限于：1、该申请表（需签字）照片/扫描件2、受助人身份证、户口簿首页及本人页复印件3、法定监护人身份证、户口簿首页及本人页复印件4、半年内诊断证明（须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章，仅加盖科室和病区盖章无效）复印件5、三个月内医疗发票复印件6、住院病例首页（须加盖医院病例复印专用章）7、受助人患病及家庭情况详细介绍（内含清晰的图片信息不少于5张）8、受助人本人的银行卡复印件，或其法定监护人的银行卡复印件（如患者与收款人不一致，则需提供亲属关系证明，如结婚证或户口簿复印件）9、经济证明（地方政府/所在街道/居委会/村委会盖章）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。 |