重庆市九龙坡区慈善会“生命守护”爱心专项基金救助申请表

附件1

（指定7类重大疾病患者申请适用）

申请编号：JXSMSH+编号（例如：JXSMSH00001） 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | 年龄 | | |  |
| 身份证号 |  | | | | | 联系电话 | | |  |
| 户籍地址 |  | | | | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | |
| 紧急联系人姓名 |  | 身份证号 | | | | |  | | |
| 与患者关系 |  | 联系方式 | | | | |  | | |
| **注：请填写患者的第一联系人的信息，项目组联系不到患者本人时可联系第一联系人。** | | | | | | | | | |
| 困难类型 | □特困家庭 □低保家庭 □低边家庭  □残疾退役军人 □烈属 □其他 | | | | | | | | |
| 重大疾病类型 | □恶性肿瘤 □大面积烧伤 □慢性溃疡 □严重Ⅳ期压疮  □糖尿病足 □瘢痕挛缩畸形致功能障碍 □烧伤后伴严重功能性障碍 | | | | | | | | |
| 诊断结果 | （按照医院诊断单上填写） | | | | | | | | |
| 医疗费用总支出  （当年） |  | | | 医保已报销金额  （当年） | | | |  | |
| 新农合保险  已报销金额  （当年） | 如无可不填写 | | | 商业保险  已报销金额  （当年） | | | | 如无可不填写 | |
| 医疗自付金额  （当年） |  | | | | | | | | |
| 银行卡户名 |  | | | 银行卡号 | | | |  | |
| 开户行 | 例：工商银行九龙坡分行西郊支行 | | | | | | | | |
| **注：务必填写患者本人的银行卡信息，患者为儿童的请填写监护人的银行卡信息。填写后请仔细核对，若审核通过，救助金将拨付至该银行账户。** | | | | | | | | | |
| 申请人基本情况 | （申请人基本情况表述，包含患者本人的家庭情况，家庭成员、工作情况、收入来源、患者治疗情况以及目前治疗阶段等等。包含治疗费用多少，其中经过各类救助后自付费用多少，并附相关票据）  本人承诺，以上内容及所有申报材料的真实性、准确性和合法性负责，如有虚假，愿承担相应责任。  申请人签字（印）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 提供材料  (已提供请在“口”内打√) | □患者本人身份证复印件（幼儿需提供户口本及监护人身份证复印件）；  □代办人（如有）身份证件(原件及复印件):  □困难类别证明材料原件（特困证明、低保证明、低保边缘证明）  □身份证明材料原件及复印件（残疾军人证、烈属优待证、相关证明）  □医院盖章的诊断报告（原件及复印件）  □相关票据、结算单据（原件及复印件)  □患者本人近期照片  □银行卡复印件  □其他材料 | | | | | | | | |
| 执行医院 | 执行医院（盖章）：  经办人： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 基金管理委员会审核意见 | 经基金管理委员会审核，同意救助金额 元。  基金管理委员会盖章  (区慈善会代章）  经办人： 审核人 ： 年 月 日 | | | | | | | | |

**该申请表一式两份，由执行医院、九龙坡区慈善会各存档一份。**

填表日期： 年 月 日

附件2

重庆市九龙坡区慈善会“生命守护”爱心专项基金身份认定表

（尿毒症透析患者首次申请适用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | | |  | 年龄 | | |  |
| 身份证号 |  | | | | | 联系电话 | | |  |
| 户籍地 |  | | | | | | | | |
| 居住地址 |  | | | | | | | | |
| 紧急联系人姓名 |  | | 身份证号 | | | | |  | |
| 与患者关系 |  | | 联系方式 | | | | |  | |
| 注：请填写患者的第一联系人的信息，项目组联系不到患者本人时可联系第一联系人。 | | | | | | | | | |
| 困难类型 | □特困家庭 □低保家庭 □低边家庭 □残疾退役军人 □烈属 □其他 | | | | | | | | |
| 银行卡户名 |  | | | 银行卡号 | | |  | | |
| 开户行 | 例：工商银行九龙坡分行西郊支行 | | | | | | | | |
| 注：务必填写患者本人的银行卡信息，患者为儿童的请填写监护人的银行卡信息，并提交监护人相关佐证（如户口本复印件、派出所相关证明等）填写后请仔细核对，若审核通过，救助金将拨付至该银行账户。 | | | | | | | | | |
| 申请援助理由 | （具体描述家庭困难情况及治疗情况）（附页）  **内容包括但不限于：**  1.本人情况（生活/经济）  2.家庭成员情况（父母/子女等）  3.本人患病及治疗情况  本人承诺，对以上内容及所有申报材料的真实性负责，如有虚假，愿承担相应责任，并退回相关救助款。  申请人签字（印）：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 提供材料  (已提供请在“口”内打√) | □申请人身份证复印件（幼儿需提供户口本及监护人身份证复印件）；  □代理人（如有）身份证件(原件及复印件):  □困难类别证明材料原件（特困证明、低保证明、低保边缘证明）  □身份证明材料原件及复印件（残疾军人证、烈属优待证、相关证明）  □医院盖章的诊断报告（原件及复印件）  □治疗相关票据、结算单据（原件及复印件)  □银行卡复印件  □其他材料 | | | | | | | | |
| 基金管理委员会审核意见 | 经基金管理委员会审核，该患者符合“生命守护”爱心专项基金救助对象，并于 年 月开始按照基金相关要求进行救助。  基金管理委员会(区慈善会代章）：  经办人： 审核人： 年 月 日 | | | | | | | | |
| 备注 | **首次申请需提供资料：**  1.《重庆市九龙坡区慈善会“生命守护”爱心专项基金身份认定表》。  2.身份证、户口簿复印件。若申请人非患者本人，需要提供代理人的身份证复印件和代理人与患者的关系证明（如户口本复印件、派出所相关证明等）。  3.困难类别证明材料。特困、低保、低边可通过“**渝悦救助通**”移动端，实名登录后，点击“**救助证明**”下载相关证明材料，或到户籍所在社区民政服务窗口或街道便民服务中心申请救助证明。残疾退役军人需提供残疾军人证复印件，烈属需提供烈属优待证复印件，如无证件复印件的可到户籍所在镇街退役军人服务站申请相关证明材料。  4.医院诊断证明、医疗结算票据原件或复印件（需要有医院盖章）。  **后续每月申请人需提交资料：**  1.本月医疗结算票据（原件及复印件）；  2.患者每年须提供治疗照片不少于2次。 | | | | | | | | |

**1.最终救助以基金管理委员会公示结果为准；**

**2.该申请表一式两份，由执行医院、九龙坡区慈善会各存档一份。**