

中国红十字基金会天使阳光基金“中央专项彩票公益金大病儿童
救助项目”先天性心脏病患儿资助申请表

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”先天性心脏病资助管理暂行办法》印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为困难家庭 0-14 周岁确诊为先天性心脏病且需要手术治疗的中国籍儿童。
3. 由申请人法定监护人负责填报本申请表，或通过微信小程序“红救助”端口申报。
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一定获得救助，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《中国红十字基金会天使阳光基金“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”先天性心脏病患儿资助告知书》（以下简称“资助告知书”）。
7. 受助患儿须在通过评审并获得《资助告知书》的三个月内完成手术，并在告知书 1 年有效期内提交合格回执资料，逾期视为自动放弃资助。
8. 本项目为一次性资助。
9. 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。
10. 受助患儿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。
11. 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其使用必要的照片、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

**中国红十字基金会天使阳光基金“中央专项彩票公益金大病儿童
救助项目”先心病患儿资助申请表**

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
患儿医保类型	☐ 无 ☐ 医保 ☐ 新农合				患儿商业医疗保险	☐ 有 ☐ 无	
报销比例	医保_____ %；新农合_____ %；商业保险：_____ %。						
预计手术时间					预计花费		
初次确诊时间					确诊医院		
申请其他公益基金资助情况	☐ 无 ☐ 有，公益组织的名称：_____						
家庭成员情况 （患儿父母、兄弟姐妹，特殊家庭除外）	姓名	身份证号	与患儿关系	工作单位/职位	月收入(元)	单位电话	
户籍性质及家庭经济状况	户籍性质	☐ 农业					
		☐ 非农业 备注：非农业户籍，须提交家庭情况说明，并附申请前12个月父母双方工资流水。					
	家庭年收入(元)		双方工资流水总额(元)		家庭年支出(元)		
	住房情况	☐ 仅有一套自住房 ☐ 有一套以上房产 ☐ 租房 ☐ 无					
	是否为以下类型	☐ 低保户 ☐ 残疾家庭 ☐ 军烈属家庭 ☐ 孤儿					
		备注：符合以上四类家庭的患儿，需提供相关证明材料复印件；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。					

	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. **身份证明材料：** 申请人及其监护人双方户口簿和身份证复印件。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。
2. **病情证明材料：** 须提供三个月内病情医学检查报告单（超声心动图报告/心脏彩超报告等）复印件。
3. **家庭情况证明材料：** 非农业户籍须提交家庭情况说明（加盖居委会或街道办事处红章，模板见附表），并附申请前 12 个月父母双方工资流水，用于判断自负医疗费用是否对家庭造成灾难性医疗支出。
4. 以上证明材料另附，与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。

附件:

家庭情况说明

兹有患儿_____, 性别_____, 身份证号码_____, 居住在_____。因患有先天性心脏病, 需进行手术治疗, 预计手术费用_____元, 医保报销后自负费用预计达到_____元。该家庭年收入为_____元, 经济负担重, 现向中国红十字基金会申请人道救助。

患儿父亲: _____身份证号码: _____联系方式: _____

患儿母亲: _____身份证号码: _____联系方式: _____

情况属实, 特此证明。

居委会/乡(镇)政府或街道办盖章:

经办人联系电话: _____

年 月 日