



李家傑珍惜生命基金
PETER KK LEE CARE FOR LIFE FOUNDATION

李家杰珍惜生命基金

贫困出生缺陷【含先心病】儿童医疗救助项目

救助申请书

患儿姓名：_____

患儿所在地：_____省_____市

患儿编号：_____

治疗医院：_____





申请须知

一、 **救助对象：**18周岁（含18周岁）以下具有中国国籍并具有手术适应症的贫困出生缺陷（含先心病）儿童。

二、 **申请资料包括：**

- 1、申请表：《李家杰珍惜生命基金贫困出生缺陷儿童医疗救助项目申请表》，本表需要患儿法定监护人用钢笔或者圆珠笔逐栏正楷填写，不得空缺，没有则填“无”。
- 2、照片：患儿1寸照片一张，患儿5寸照片一张，家庭5寸合照一张。
- 3、身份证明：患儿本人户口簿或出生证明复印件一份（如两者都没有，须当地派出所开具身份证明函）；患儿直系亲属的户口簿及身份证复印件各一份（如离异需提供离婚证或者法院判决书复印件）。
- 4、经济证明：户籍所在地或常住地两级政府盖章的家庭困难证明一份，确保原件，保证文字和公章清晰。
城镇居民：需盖有居委会和街道办两级公章；非城镇居民：需盖有村委会和乡（镇）政府两级公章。
- 5、医学证明：先心病患儿提供最新的超声检查报告一份；救助范围内其他病种患儿可提供相关的最新检查报告或诊断证明（此类材料提交复印件即可）。
- 6、其他证明材料：低保证复印件、低收入证明复印件、残疾证复印件或其他可证明家庭困难情况的材料等（此类材料如果没有则无需提供）。
- 7、医保证明：医保非联网结算患儿，提供当地基本医疗保险报销部门（农村合作医疗或城镇医保）出具的报销比例证明。

三、 **填写要求：**申请资料须由患儿的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。确保通讯方式的有效性，如有变更应及时知会驻院社工更新。对填报有实际困难的，可以由医院社工协助填报并签字，其监护人按红手印。

四、 **审核规定：**审核次序根据每次接收到患儿资料的时间先后次序而定。患儿按照本申请须知的要求准备资料，提交给驻院社工进行审核。申报表的递交并不代表已经通过评审获得医疗救助。材料不齐或者出院前未提交申请材料原件都将影响资助，具体流程咨询驻院社工。

五、 **特别说明：**1、该项目申请不收取任何费用，如审核通过，救助款项将直接拨付到医院。2、审核结果无法修改。3、凡核定救助的患儿，其治疗方案的认定及治疗风险和后果由患儿监护人自行承担。如出现医疗事故，患儿监护人自行和医院协商解决。4、符合条件并自愿申请救助的患儿法定监护人（父母或其它）须签署承诺书。

六、 获得资助的患儿监护人有责任和义务配合李家杰珍惜生命基金对有关该患儿的公益宣传和采访活动，并同意使用包括但不限于该患儿相关的照片、影像等资料。本救助项目最终解释权归李家杰珍惜生命基金。

本人确认已经阅读并了解上述须知条款，并同意所有申请规定。

患儿监护人签字：_____

_____年____月____日



承 诺 书

李家杰珍惜生命基金：

我是患儿_____的监护人_____。该儿童患有出生缺陷疾病（含先心病），因家庭经济收入较低，无力承担全部手术费用，现向李家杰珍惜生命基金申请资助，以帮助完成患儿手术治疗。

作为监护人，我们充分了解出生缺陷疾病（含先心病）手术作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好认定手术方案及承担手术风险和后果的准备。我们知道，李家杰珍惜生命基金、瑞银慈善基金会以及直接参与本救助项目执行的相关慈善机构，只在手术费用上给予我们资助，不承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由医院和患儿家属双方自行解决。任何医疗风险和事故与李家杰珍惜生命基金、瑞银慈善基金会以及直接参与本救助项目执行的相关慈善机构无关。

我们同意配合李家杰珍惜生命基金对有关该患儿的公益宣传和采访活动，并同意使用该患儿相关的照片、影像和文字等资料。此外，我们同意将患儿病历等相关文件提供给李家杰珍惜生命基金以及直接参与本救助项目执行的相关慈善机构，以供其详细了解患儿的病情、手术及康复状况。

本申请书所填内容为审核主要依据，申请材料中如出现虚报或者隐瞒行为，一经发现，将不予资助。同时，对于已获资助但经发现有隐瞒、欺诈等不良行为的情况，李家杰珍惜生命基金有追索救助款的权利。

本人已详细阅读完上述内容，理解并同意以上所述之全部内容。

监护人：_____（签字 / 指模）

_____年____月____日



困难证明

兹有家庭经济困难患儿_____，性别_____，年龄_____，是_____省_____市(州)_____县(区)_____乡镇(街道)_____村民小组(居委会)，(父亲：_____母亲：_____) 村民(居民)的儿子 / 女儿。因治疗费用较高，家庭经济困难，难以承担患儿全部医疗费用，现向李家杰珍惜生命基金申请为患儿治疗出生缺陷疾病(包括先心病)提供经济上的爱心资助。

患儿父亲：_____身份证号：_____

患儿母亲：_____身份证号：_____

情况属实，特此证明。

村委会/居委会盖章：_____

联系电话：_____

乡(镇)政府/街道办事处盖章：_____

联系电话：_____

日 期： 年 月 日



贫困儿童医疗救助项目申请表

患儿姓名		性别		申请日期		1 寸照片
出生日期	年 月 日	民 族				
患儿身份 证	户籍类型		☐ 农业户口 ☐ 非农村户口			
居住地址	_____省_____市_____县（区）_____					
监护人信息	姓名	与患儿关系	身份证号码	联系电话	微信号	
监护人 1						
监护人 2						
是否为精 准扶贫户	☐ 是 ☐ 否 ☐ 最低生活保障户（如是重复勾选）		是否孤儿 或单亲	☐ 是 ☐ 否		
患儿医保 类型	☐ 新农合 ☐ 城镇医保 ☐ 无 ☐ 其它 如有，当地报销比例为：_____		患儿是否有商 业医疗保险	☐ 有 ☐ 无		
是否申请 其他公益 基金资助	☐ 无 ☐ 有，公益基金名称：_____		是否发起 网络筹款	☐ 是 ☐ 否 筹款平台/渠道：_____		
家庭经济 情况概述	家庭人口及劳动力情况；家庭年收入及主要收入来源；家庭重大支出情况及其它困难原因简述。					

申请人（监护人）签字：_____

签字日期：_____



患儿图片资料

患儿姓名		患儿编号	
患儿生活照	照片粘贴处：照片尺寸：5寸照		
患儿家庭合照	照片粘贴处，照片尺寸：5寸照		



李家傑珍惜生命基金
PETER KK LEE CARE FOR LIFE FOUNDATION

