



爱佑慈善基金会孤贫先心病患儿手术治疗项目资助申请书

爱佑慈善基金会“爱佑童心”项目组：

我是_____（患儿姓名）的监护人。该儿童患有先天性心血管病，因家庭经济收入较低，无力承担全部手术费用，现向爱佑慈善基金会“爱佑童心”项目组申请资助，以协助完成患儿手术治疗。

作为监护人，我们充分了解先天性心血管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。我们承诺按照项目组的有关要求接受术前检查、到定点医院手术治疗。我们知道，爱佑慈善基金会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定点医院和患者家属双方自行解决。

同时，我们同意为帮助宣传该项目，爱佑慈善基金会可以在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上无偿使用我的家庭和子女的照片，我将不对此提出异议并将积极配合项目的宣传活动。此外，我们同意将患儿病历等相关文件提供给爱佑慈善基金会，以供其详细了解患儿的病情、手术及康复状况。

监护人：_____（签字）

20 年 月 日

本申请书的递交并不代表已经获得项目救助，请患儿家长务必在出院前与医院项目联系人确认是否获得资助。提前将申请表交到医院的患儿，入院时请与医院项目负责人联系，告知患儿已入院，否则无法予以资助。

该项目申请不收取任何费用。如审核通过，救助款将直接拨付到医院。



患儿日常生活照片

粘 贴 处

全家合影照片

粘 贴 处

备注：全家合影照片最好是在自家住房前的合影（**此页是必填项**）



爱佑慈善基金会“爱佑童心”项目资助申请审核评估表

一、 基础资料（手写）

患者姓名		性别		民族		患儿照片粘贴处或提供一张患儿近期生活照
出生年月日		家庭住宅电话				
患儿身份证号						
移动电话 (必填两个当地电话)	父亲		母亲			
	爷爷或奶奶		其他亲戚			
所在省		所在市		所属县		
详细地址						
监护人姓名		与患者关系		户籍类型	<input type="checkbox"/> 城镇户口	<input type="checkbox"/> 农村户口
监护人身份证号码				监护人微信号		
家庭成员（请提供每个成员的户口本、身份证复印件）						
姓名	与患儿关系		年龄	文化程度	职业	
家庭年总收入			当地人均年收入			

备注：职业（工人、职员、教师、公务员、个体工商户、务农、外出打工、无业、无劳动能力、其它）本人保证上述资料正确无误，并愿意承担因虚报而引起的法律责任。

申请人签字：

申请时间： 年 月 日



家庭情况简介

《家庭情况简介》部分由患儿的监护人书写，需详细提供家庭的经济收入来源和费用支出情况，并签字。不会写字者可找人代写，但需代笔人签名，患儿家属按手印。**此部分内容填写的完整程度，将直接影响审核结果。**

基本情况：

家庭住房情况	<input type="checkbox"/> 有房产	<input type="checkbox"/> 土坯房 <input type="checkbox"/> 砖瓦房 <input type="checkbox"/> 其它_____	
		面积	_____平方米 _____间
	<input type="checkbox"/> 租房	面积：_____平方米	月租金：_____元
主要农业生产工具	<input type="checkbox"/> 拖拉机 <input type="checkbox"/> 水稻收割机 <input type="checkbox"/> 插秧机 <input type="checkbox"/> 其它_____		
主要交通工具			

家庭经济收入来源：（按实际情况选择填写）

1) 固定职业收入：姓名+工作单位+职务+月收入

2) 农业收入：耕种（单位：亩）+农作物名称+每亩年收入

3) 畜牧业收入：家畜品种+数量+年收入



4) 打零工收入：姓名+工种+年工作时长（单位：月）+年收入

家庭支出情况介绍：（按实际情况选择填写）

1) 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) 家庭重大变故情况介绍（时间、事件、花费金额）：

3) 家庭条件自述（请描述家庭真实情况，例如：孩子上学、老人抚养、有无外债情况等）：



4) 造成家庭经济困难的其它原因：

本人保证以上资料正确无误, 如提供虚假信息则自动放弃本次申请。

患儿家属签字（需摁手印）：

代笔人签字（如有代笔人签此处）：

注：农村患儿，一名证明人必须为村干部（如村支书、村主任、村妇联干部等）；
城镇患儿，一名证明人必须为所在地居委会工作人员；父母外出务工，一名证明人
必须为常联系的工友。

证明人签名：_____ 电话：_____

身份证：_____ 地 址：_____

证明人签名：_____ 电话：_____

身份证：_____ 地 址：_____

证明人签名：_____ 电话：_____

身份证：_____ 地 址：_____

村委会电话：_____

工作单位人事部门电话：_____



村委会、乡（镇）政府审核意见（农村患儿）：

<p>村委会、乡镇 政府 审核意见 (家庭情况是 否属实)</p>	<p>20 年 月 日 (盖章) 村委会电话(必填)：</p> <p>20 年 月 日 (盖章) 乡镇政府电话(必填)：</p>
---	--

居委会、街道办事处审核意见（城镇患儿）

<p>居委会、街道 办事处 审核意见 (家庭情况是 否属实)</p>	<p>20 年 月 日 (盖章) 居委会电话(必填)：</p> <p>20 年 月 日 (盖章) 街道办事处电话(必填)：</p>
--	---

备注：盖章的贫困证明与此页可二选一。

若提供贫困证明，贫困证明中需有开具此证明的办公电话。

属低保家庭，需提供低保证及低保存折复印件。