

所属项目： _____

档案编号： _____

助医申请表

患儿姓名： _____ 申请日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患儿性别： _____ 出生日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

通信地址： _____

邮政编码： _____

监护人姓名： _____ 联系电话： _____

志愿者姓名： _____ 联系电话： _____

电子邮件： _____

所患病症： _____

患儿
日常
生活
照片

粘 贴 处

监护人约定书

1. 本助医申请表由深圳市慈缘慈善基金会（以下简称“慈缘基金会”）制作，最终解释权归慈缘基金会。
2. 慈缘基金会救助范围为 0-17 周岁困境家庭患病儿童及特殊困难患病儿童。
3. 所有申请资料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。对申请资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，慈缘基金会将终止救助，并追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将依法追究法律责任。
4. **递交本申请表并不代表申请人已通过审核。**申请表及所有材料一经递交不予退回。
5. 所有进入慈缘基金会服务流程的患儿监护人均有责任和义务配合慈缘基金会进行慈善传播和筹款的宣传与采访，并同意使用受助患儿的照片、影像等资料。
6. 已通过审核的患儿家庭，如有申请其他基金会，须提前告知。已申请慈缘基金会上线筹款的患儿家庭不得同时也在其他筹款平台上线筹款。
7. 针对患儿家庭申请的线上筹款，均包含了不超过筹款总额的 10%作为项目的执行成本费用。执行费用涉及的工作内容包括：公募平台管理费、一线信息核实评估、医疗渠道对接、自媒体平台筹资运营、医院治疗动态探访和反馈、善款支出和票据核销监管、后期回访、项目结项调查工作等。
8. 患儿监护人直接与治疗医院签署手术知情书，并承担手术方案的认定及手术风险和后果。如出现医疗事故，患儿监护人自行和医院协商解决。
9. 所有资助款原则上只能用于医疗救助，直接拨款至受助患儿所在医院账户。如有指定捐款，按照指定用途使用。出院结算时，剩余治疗款将全部退回基金会账户。如患儿的指定捐款已超出患儿的治疗费用，在患儿治疗结束六个月后，剩余款项将转捐给其他患儿使用。
10. 作为受助患儿的监护人，有责任和义务监督资助款全部用于患者的康复和治疗，不得发生获得资助款后放弃治疗或针对资助款项的私自挪用、盗用、骗用等行为。如若发生，慈缘基金会将依法追究其法律责任。
11. **患儿完成治疗后需提供正规医疗费用发票**，基金会支付金额原则上应不高于票面个人支付金额（即不含新农合、医保支付部分）；尽量提供票据原件，因医保报销或发票遗失，提供原件有困难的可以使用医院发票复印件并加盖医院财务公章。
12. 患儿家庭接收的任何捐助款项都须第一时间通知慈缘基金会，慈缘基金会将合理调配捐款用途。
请将本段话（我确认已阅读监护人约定书，并同意以上全部约定条款。）抄录一遍。

(

)

患儿监护人同意上述约定确认（签字及手印）：

申请日期：

承 诺 函

患儿_____身份证号：_____由深圳市慈缘慈善基金会（以下简称：基金会）进行救助，并按基金会要求将善款拨付至医院对公账户，收款医院需要提供合格的医疗票据原件邮寄至基金会。如果患者仍在院治疗或因其他特殊原因，暂时无法提供医疗票据原件，可提出申请，先拨付项目部分善款用于患者近期治疗，后续将票据原件邮寄至基金会。

患儿_____及监护人_____承诺：待医院为患者办理结算票据后，将会按照基金会规定要求将相关票据原件寄出。

患儿_____及监护人_____将遵循下列规定：

1. 若基金会拨付至医院账户的善款有剩余，请告知医院将剩余善款原路退回至基金会对公账户。
2. 在此期间产生的一切法律责任及风险由患者及监护人承担。

若违反上述规定，基金会将追索已经拨出的全部善款，情节严重者将依法追究法律责任。

患儿监护人签字及手印：

日期：

线上筹款发起委托书

本人_____（患儿监护人）委托深圳市慈缘慈善基金会为患儿
_____在线上公益平台发起本救助项目，且承诺目前没有在其他救助
机构发起正在筹款的项目。

本人承诺委托真实有效，且受托人代为发布的消息、资料属实，由此在法律
上产生的权利、义务均由委托人享有和承担。

随附患儿信息如下：

患儿姓名：

性别：

年龄：

身份证号码/出生证明编号：

患儿与监护人关系：

监护人姓名：

委托人（患儿监护人签字及手印）：

日期：

转 捐 声 明

患儿（姓名）_____（身份证号）_____由

深圳市慈缘慈善基金会救助，现声明在孩子治疗结束后，家属自愿将深圳市慈缘慈善基金会所筹善款余款用于救助其他贫困大病患儿，将爱心传递。

患儿监护人签字及手印： _____

日期： _____

患儿基本信息					
姓名		性别		出生日期	年 月 日
身份证号				民族	
户籍类型				身高	体重
户籍所在地					
现家庭住址					
家庭成员信息					
姓名	与患儿关系	年龄	工作单位及职业	月收入/元	月支出/元
有无低保	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 共__人有低保，每人每月__元，合计__元				
有无房产	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 房产类型_____ 房产价值_____元				
有无车辆	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 车辆品牌_____ 车辆价值_____元				
有无存款	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 存款金额_____				
家庭支出及债务情况					
借债时间	债务原因	借债金额	借债方式（银行、个人）	利息%	特殊说明

家庭情况及患儿病情详述（必填项）

1. 详细描述家庭情况（家庭人员构成、工作单位、收入，每年的家庭支出情况说明；患儿购买保险情况，如商业保险、新农合或医保；家庭债务情况描述）；
2. 详细描述患儿病情（何时确诊、求医路、就诊医院、治疗方案及患儿目前情况）；
3. 近 5 年内，家庭的重大变故（时间、事件及影响）。

注：可以后附纸张补充需要陈述的内容。

附件：

申请人填写申请表后，还需要提供以下资料：

（特别说明：提交本申请表并不代表已通过审核。）

1. 身份证明材料

(1) 患儿本人和监护人的身份证明（身份证、全家户口本复印件）；如患儿无户口本，须出示由当地政府或民政开具的身份证明函。

(2) 患儿的医保卡复印件。

2. 贫困证明（原件）

(1) 低保家庭，需提供低保证复印件。

(2) 非低保家庭，须提供家庭困境书面说明。由村委会或街道办事处盖章，并注明开证人联系电话方可有效。

3. 患儿病情诊断证明（原件图片发邮箱、邮寄清晰的复印件或彩印件）

从患儿申请日期开始计算，时间必须在一年内的，并且盖有医院公章的彩超报告、诊断书，以往治疗手术记录、出院小结等（至少 2 项）。

4. 电子照片

患儿生活照片（3 张以上）。

资料邮寄地址：

办公地址：北京市朝阳区小关北里甲 2 号渔阳置业大厦 A 座 601 室

慈缘基金会 项目组(收)

联系方式：17665348115

邮编：100029

慈缘热线：400-606-0408 / 010-84860299

邮 箱：ciyuan@meetcharity.org