

# 顺丰暖心

## 儿童医疗救助项目申请书

疾病类型：  先天性心脏病

疾病全称： \_\_\_\_\_（患儿主管医护人员填写）

患儿姓名： \_\_\_\_\_

患儿户籍地： \_\_\_\_\_ 省 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 县/区

监护人姓名： \_\_\_\_\_

联系方式： \_\_\_\_\_

定点救治医院： \_\_\_\_\_ 武汉亚洲心脏病医院

顺丰公益基金会

2023年12月制

## 申请须知

### 一、提交资料清单

请向顺丰暖心项目定点救治医院提交以下纸质资料（标\*为必提交项）：

- \*1、《顺丰暖心-儿童医疗救助项目申请书》。
- \*2、患儿本人、父母及家庭其他成员身份证、户口本复印件，患儿出生证明复印件。
- \*3、项目定点救治医院出具的患儿术前心脏超声报告(仅限先心病)或疾病诊断书复印件。
- \*4、其他证明材料：根据申请书中各板块的要求，提供相关证明材料和照片。
- 5、如果是低保家庭，请提供低保证及低保存折复印件。
- 6、如果是脱贫户，请提供当年脱贫手册复印件。
- 7、如果家庭成员中有残疾人员，请提供残疾证明复印件。

### 二、注意事项

- 1、该项目申请不收取任何费用，所有资料须真实完整，未填写完整将会影响审核结果；若审核通过，项目资助款将直接捐赠至项目定点救治医院。
- 2、本申请书原则上须患儿监护人填写并签名按手印。不会书写者可找人代写，需代写人签名按手印，患儿监护人按手印。
- 3、对于患儿已获得项目资助但经查发现患儿监护人在申请过程中存在隐瞒、欺诈等严重影响资助意见判定行为的，顺丰公益基金会会有权追回该患儿的项目资助款。
- 4、申请书递交并不代表患儿已经获得资助资格，申请资料一经递交不予退回。救助资格审核结果以顺丰公益基金会的正式通知为准。

本人已阅读上述说明，并保证提交的所有项目申请资料真实有效，且愿意承担因虚报谎报而引起的任何后果。

患儿监护人：\_\_\_\_\_（签字、按手印）

申请时间：    年    月    日

## 顺丰公益基金会“顺丰暖心”项目救助申请书

顺丰公益基金会“顺丰暖心”项目组：

我是\_\_\_\_\_（患儿姓名）的监护人，我的身份证号是\_\_\_\_\_。

因家庭经济收入较低，无力承担全部治疗费用，现向顺丰公益基金会“顺丰暖心”项目组申请救助，以协助完成患儿相关治疗。

作为监护人，我们充分了解医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好认定治疗方案及承担治疗风险和后果的准备。我们承诺按照项目组的有关要求到定点救治医院进行治疗。

**我们知悉、同意并承诺：**

1、我们所提交的资料均真实、合法、有效，如有虚假，则顺丰公益基金会会有权单方面取消我们受资助的资格，一切治疗费用均由我方自行承担。

2、顺丰公益基金会只在医疗费用上给予我们资助，不承担治疗效果、治疗风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由治疗医院和我方自行解决。

3、我方同意定点救治医院将患儿的疾病情况、治疗经过、治疗病历等与患儿疾病治疗相关的信息和文件提供给顺丰公益基金会，以供其详细了解患儿的病情、手术及康复情况。

4、在确认获得资助后，为帮助宣传该公益项目，我们同意授权顺丰公益基金会及定点救治医院可以在各类媒体及项目宣传品上无偿使用我的家庭和子女的肖像权及影像资料，我将不在此提出任何异议并将积极配合项目的宣传活动。

（以下无正文）

我已阅读、理解并同意以上全部内容，患儿监护人：\_\_\_\_\_（签字、按手印）

家庭代表人：\_\_\_\_\_（签字、按手印）

申请时间：\_\_\_\_\_年 月 日

## 顺丰公益基金会“顺丰暖心”项目救助资格审核书

### 一、患儿家庭基本信息

患儿基本信息					
患儿姓名		性别		民族	
出生年月日			身份证号		
患儿医保信息	<input type="checkbox"/> 购买医保	<input type="checkbox"/> 未购买医保	医保卡号		
患儿教育信息	<input type="checkbox"/> 上学	<input type="checkbox"/> 未上学	学校名称		
联系电话 (至少填两个)	父亲电话			母亲电话	
	其他电话				
家庭住址【户籍住址和实际住址是否一致： <input type="checkbox"/> 是（任填其一） <input type="checkbox"/> 否（两者都填）】					
户籍类型	<input type="checkbox"/> 城镇户口	<input type="checkbox"/> 农村户口	精准扶贫建档立卡户	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否
户籍住址	省（区） 市 县（区） 乡（镇） _____				
实际住址	省（区） 市 县（区） 乡（镇） _____				
患儿全部家庭成员信息（无需填写患儿本人信息）					
姓名	与患儿关系	年龄	文化程度	本人职业	
<b>填写说明：</b> 1、家庭成员：是指与患儿共同生活的亲属，如：父母、兄弟姐妹等。 2、文化程度：可填写未上学、幼儿园、小学、初中、高中、专科、本科、硕士、博士等。 3、本人职业：可填写多种，如：学生、工人、公司职员、销售员、教师、医生、公务员、个体户、务农、无业等。					

## 二、患儿及家庭成员照片

<p>患儿日常生活全身照</p>	<p>(粘贴处)</p>
<p>患儿与家人合照</p>	<p>(粘贴处)</p>
<p>照片要求</p>	<p>1、<b>基本要求：</b>近一月内拍摄的5寸全身照。 2、<b>合影要求：</b>如果是自建房，家人合照以主体房屋为背景；如果是商品楼房，家人合照以客厅全景为背景。因家人陪伴患儿在院治疗等特殊情况导致无法在家中拍摄全家人合影，可在院人员就地同患儿拍摄合影，在家人员按照合照要求拍摄合影。 3、<b>拍摄要求：</b>能够清晰地看到每个人的面孔和全身，不能逆光拍摄，不能P图；审核不合格者须重新提交。</p>

### 三、患儿家庭收支情况（填写的完整度和真实度，将直接影响审核结果）

#### （一）家庭生活保障情况（请在符合实际情况的□中打√，可以多选）

住房情况	□ 房产	□ 自建房    □ 商品房    □ 其他（请填写）_____	
		建（购）房时间：_____年    房屋面积：_____平方米	
		建（购）房花费：_____元	
		贷款 □是 □否	房产首付：_____元    贷款金额：_____元 贷款年限：_____年    还款金额：_____元/月
<p><b>请根据上述填写情况，提供【房产】证明资料：</b></p> <p>1、房屋房产证、产权证、土地证、宅基地证等任一房产证明复印件。</p> <p>2、房屋贷款合同、银行贷款凭证等任一建（购）房贷款证明复印件。</p> <p>3、房屋整体外观、院落、客厅（室内）等可以真实反映房屋情况的电子版照片 2-5 张，提交至顺丰暖心小程序即可，无需打印。</p>			
□ 租房	房屋类型：□平房    □楼房    □其他（请填写）		
	房屋面积：_____平方米    房屋租金：_____元/月		
<p><b>请根据上述填写情况，提供【租房】证明资料：</b></p> <p>1、租房合同复印件。</p> <p>2、房屋整体外观、院落、客厅（室内）等可以真实反映房屋情况的电子版照片 2-5 张，提交至顺丰暖心小程序即可，无需打印。</p>			
□ 补充信息			
家庭主要交通工具	□ 汽车    □ 摩托车    □ 电动车    □ 其他（请填写）_____		
	交通工具品牌：_____    购买时间：20__年__月    费用：_____元		
	补充信息：		
<p><b>汽车证明材料：</b>请在“交通工具品牌”处填写品牌及型号（如：比亚迪宋 pro），并提供汽车行驶证复印件。如有购车贷款，请提供贷款凭证。</p>			

#### （二）家庭收入情况

##### 1、请如实填写家庭成员的工作及收入情况（包括固定职业者、本地或外出务工人员、个体户、退休人员情况）

姓名	工作地点	工作单位	工作岗位/内容	工作起始时间	年收入（元）

##### 填写说明：

- 1、工作地点：请填写具体的市、县/区，如：深圳市宝安区。
- 2、工作岗位/内容：请填写具体的工作岗位或工作内容，不允许填写“打工”“打零工”等模糊词语。
- 3、工作起始时间：是指在该单位或从事该类工作的起始时间，请具体至年、月，如：2000年1月至今。
- 4、年收入证明：近一年的工资银行卡流水单、工作单位出具的正式工资单或薪资证明等任一凭证。

## 2、家庭其他收入

农牧业收入	农业收入：耕种（单位：亩）+农作物名称+年收入
	畜牧业收入：家畜品种+数量+年收入
补助性收入	扶贫金：_____元/年      低保金：_____元/月      其他补助/减免：_____元/年
其他收入	按照“时间+事由+金额”的方式进行列举，如：失业补助、拆迁或征地赔偿、工伤保险金、生育保险金等

### （三）家庭支出情况

家庭近 12 个月各项支出概况				
生活支出（元）	教育支出（元）	医疗支出（元）	其他支出（元）	家庭年总支出（元）
家庭近 3 年重大支出概况				
<p>填写说明：家庭近 3 年有教育、医疗、家庭成员重大疾病、家庭重大变故（如：车祸、自然灾害、意外伤害、离婚等）的高额支出及其他重大支出（赡养老人、结婚、买房/建房、做生意）等情况，请在下方表格中列举，并提供相应的支出凭证复印件作为证明材料。</p>				
序号	支出时间	支出事项	支出金额	是否有证明材料
1				
2				
3				
4				
5				
其他补充说明：				

#### 四、申请自述（详细、有条理且字迹清晰）

患儿家庭情况、外债情况、过往治疗情况或其他困难情况（由患儿监护人自行陈述）

#### 五、其他筹款（请在符合实际情况的口中打√，可以多选）

<input type="checkbox"/> 发起网络筹款	筹款平台：_____ 发起时间：20__年__月__日 已筹金额：_____元（截至20__年__月__日）
<input type="checkbox"/> 申请其他救助项目	审核状态： <input type="checkbox"/> 通过 <input type="checkbox"/> 待定 <input type="checkbox"/> 未通过 项目名称：_____ 获批金额：_____元
<input type="checkbox"/> 其他救助	救助机构/人：_____ 救助金额：_____元
<b>填写说明：</b> 1、如实填写：请患儿监护人务必如实填写上述内容；如果未如实填写，一经查实立刻取消申请资格；如果已经批准资助金额，则会向患儿家庭追回项目资助金，并保留诉诸法律的权利。 2、证明材料：网络筹款请提供相应的链接、截图；其他救助项目请提供申请书首页照片或资助凭证复印件。	

本人保证以上资料正确无误，如提供虚假信息则视为自动放弃本次申请。

患儿监护人：\_\_\_\_\_（签字、按手印）

申请时间：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日