

广西红十字天使计划

“关爱生命”地中海贫血救助基金

资助申请表

患者生活彩色照片



患者姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____年____月____日

通信地址：_____市_____县（区）_____

联系人：_____ 电话/手机：_____

电子邮件：_____

申报日期：_____年____月____日



申报须知

1. 本申请表由广西红十字基金会制作，解释权归广西红十字基金会；

2. 广西籍 14 周岁以下（含 14 周岁）需造血干细胞移植治疗的贫困重型地中海贫血患者，申请人应属于民政救助对象或建档立卡贫困户（通过广西社会救助信息管理系统公示平台、大数据共享平台的建档立卡贫困户数据审核认定），特困、低保、孤儿、事实无人抚养儿童、建档立卡贫困户优先；

3. 救助标准：

患者进行造血干细胞移植治疗，所需的相关医疗费用，按现行医疗保障政策办理完成所有报销项目后，个人负担部分超过 3 万元的，按 3 万元/人的标准进行救助；个人负担部分不足 3 万元的，按实际医疗费用给予救助。按规定确需赴区外治疗的，对往返交通、住宿等费用给予适当资助（不超过差旅费报销标准），个人负担部分治疗费用由中国红十字基金会资助（资助金额最高人民币 10 万元）；

4. 所有申报资料由接受资助患者其法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；申报材料送患者户籍所在地或常住地县（区）级红十字会初审后，报至广西红十字基金会审批。经审批符合救助条件的患者即可获得相应的救助；

5. 递交申请表不代表已获得救助资格；

6. 广西红十字基金会负责所有申请资料的最终审批工作；

7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，广西红十字基金会将追回其所获得的全部资助款，情节严重者将依法追究法律责任；

8. 所有得到资助的患者及患者法定监护人均有义务和责任向广西红十字基金会或资助方提供并同意无偿使用必要的文字、照片、影像等材料，并配合进行公益宣传和采访活动；

我确认已经阅读和理解了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患者本人或其法定监护人签字（手印）：

年 月 日

资助申请表

患者姓名		性 别	
出生日期	年 月 日	民 族	
身份证号			
户口所在地	(市) (县/区)		
家庭经常居住地			
病情诊断			
医疗费用预算		主治医师	
家庭所在地区情况			
家庭年总收入		家庭人口	
家庭劳动力人口		当地人均年收入	
家庭经常居住地 社区居委会			
负责人		电话	
<p>县（区）级红十字会意见：</p> <p style="text-align: right; margin-top: 50px;">公章：</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">时间： 年 月 日</p>			

一、患者医疗情况简述

患者治疗过程的介绍：(请参考附注说明，尽可能详细)

1. 现在是否住院治疗？
2. 患者是什么时候确诊的？确诊医院在哪里？
3. 确诊后在哪家医院进行治疗？治疗的效果如何？

患者监护人求助陈述：

1. 是否参加广西城乡居民基本医疗保险？
2. 患者治疗的花费情况如何？完成治疗预计还需要多少费用？
3. 广西城乡居民基本医疗保险是否给予报销？
4. 是否享受医疗救助待遇？

二、身份证明

患者身份证明（户口本/出生证/身份证）复印件

患者监护人身份证明（户口本和身份证）复印件

三、患者病情诊断

患者确诊时的检查报告：

其他医学检查报告：

四、患者家庭经济情况证明

是否属于民政救助对象或建档立卡贫困户

是 否

建档立卡户精准帮扶手册复印件或其它家庭经济困难证明材料