

北京彩虹桥慈善基金会

困境儿童先天性心脏病

资 助 申 请 表

患者姓名_____

患者年龄_____

手术医院_____

填报时间_____

申请资助承诺书

我是_____（患儿姓名）监护人，该儿童患有先天性心脏病，因家庭困境，家庭无力承担全部手术费用，本人作为其监护人自愿向北京彩虹桥慈善基金会申请困境先天性心脏病儿童资助，承诺并已知晓以下条款：

一、本申请表需在患者手术前 7 天递交。申请表的递交受理，不代表患儿必将得到北京彩虹桥慈善基金会的资助，同时申请资料不退回。

二、北京彩虹桥慈善基金会资助中国国籍、0-16 周岁（包含 16 周岁）通过手术可治愈的困境先天性心脏病患者，资助本次患者部分手术所必须费用，不承担患者的术前检查费用，交通、生活及营养等费用。

三、作为监护人，已充分了解先天性心血管手术作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好认定治疗方案及承担治疗风险和后果的准备。

四、对于任何由于医疗事故或其他原因造成的患者伤亡，北京彩虹桥慈善基金会不承担任何责任，任何医患之间的法律纠纷将由医院和患者家属双方自行解决。

五、申请患者及监护人均有责任和义务配合北京彩虹桥慈善基金会用于公益目的宣传和采访活动，并同意使用患者、患者家属及其相关照片、影像等资料。

六、获得资助后的患者，需将北京彩虹桥慈善基金会资助的发票，上交“北京彩虹桥慈善基金会”，且被资助的金额，患者不能再享受社会保险、商业保险以及各种退费等。

七、监护人向北京彩虹桥慈善基金会提交的申请资助表格、困境证明、家庭信息等全部。

八、资料真实有效，如有虚假北京彩虹桥慈善基金会将追究法律责任，监护人将退回全部资助款项。

患者申报监护人身份证号：

承诺人（患者监护人）签字并摁手印：

20 年 月 日

申请资助评估表格

患者姓名		性别		出生日期	
民族		现居住地址			
户籍地址					
监护人（父）姓名		职业		电话	
监护人（母）姓名		职业		电话	
手术医院及病区			患者现在住院治疗	是	否
除先心病以外是否有其他疾病			申请其他基金会	是	否
本次手术根治	是	否	分期手术	第（ ）次	
患者病情诊断（B超超声提示）					
本次医院评估手术费用			医院可直接报销	是	否
家长为患儿本次手术，自筹费用（必填）			向彩虹桥申请资助金额		
申请原因					
家庭成员情况（共同生活家庭成员，包括患儿）					
家庭总人数		外出打工人数		务农人数	
未工作人数		家庭年收入金额		家庭年支出金额	
家庭年支出最大事项及原因					
债务情况（共同生活人未还清的所有债务）					
为患儿看病借债金额		借债方式（银行、个人）			
其他借债总金额		借债用途			

家庭详细情况

(此项关系到是否同意救助，请家长认真填写，字数不低于 500 字。)

以上全部填写信息无误，愿意承担因虚假而引起的法律责任。

申请人签字并摁手印： _____

20 年 月 日

情况属实证明：村领导/街道办			
经办人姓名		经办工作电话	
经办人意见 (家庭情况是否属实)：		盖章	
20 年 月 日		20 年 月 日	
情况属实证明：乡/镇政府、街道办			
经办人姓名		经办工作电话	
经办人意见 (家庭情况是否属实)：		盖章	
20 年 月 日		20 年 月 日	
情况属实证明：县/区民政部门			
经办人姓名		经办工作电话	
经办人意见 (家庭情况是否属实)：		盖章	
20 年 月 日		20 年 月 日	
情况属实证明：合作医院			
经办人姓名		经办工作电话	
经办人意见 (家庭情况及手术情况是否属实)：		盖章	
20 年 月 日		20 年 月 日	

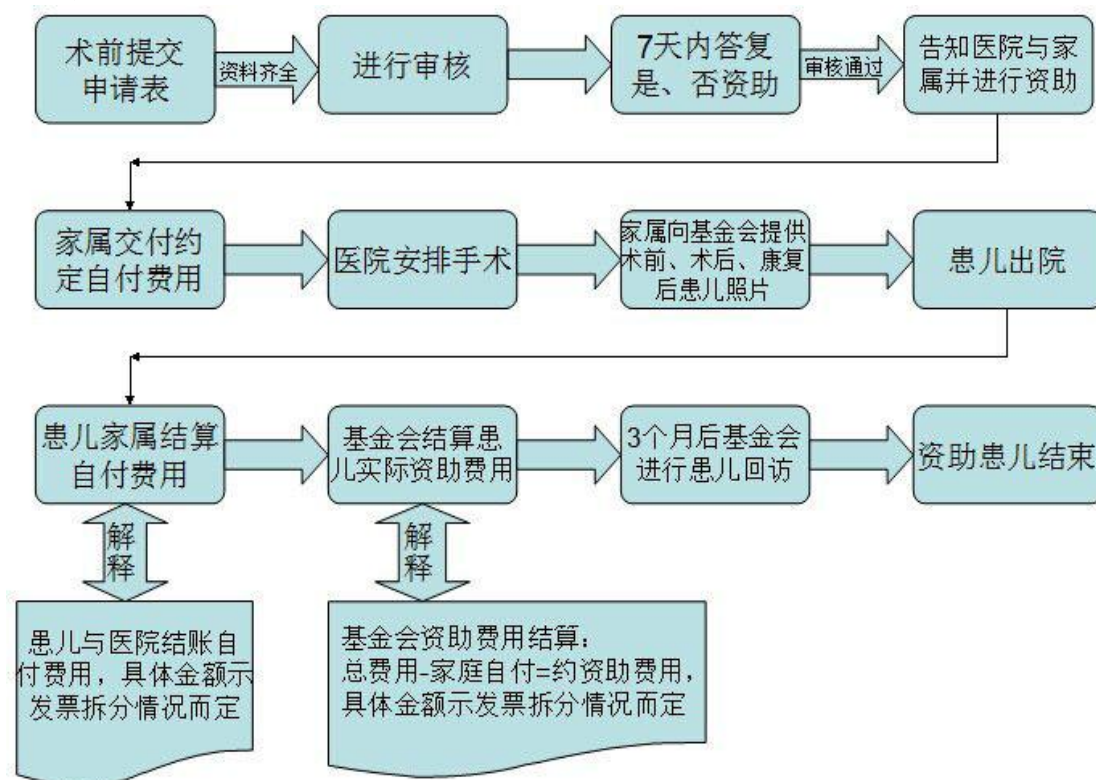
患者家属自留材料

一、申报准备材料

申请资助必须由患者监护人提供以下材料：（需在手术前 7 天进行申请）

1. 书面申请表格，即此表格，请全部填写。
2. 患者及家庭照片（分别为患者全身和半身照各 1 张，父母与患者 1 张、共同生活人全家照 1 张、家庭住宅内 1 张及住宅外环境照片各 1 张）电子版照片（备注姓名）发送到 **QQ: 1635927178** 和**资助工作微信: C18810755391**。
3. 患者共同生活人所有户口本复印件（请另单附申请表后）
4. 患者监护人身份证复印件，孤儿出示公安机关和福利院的相关证明（请另单附申请表后）
5. 二级甲等以上具备诊疗资质的医疗机构出具的 3 个月内患者检查的 B 超单、病情诊断书复印件（请另单附申请表后）
6. 困境材料：**县民政局出示的困境证明原件**（或）低保证复印件（或）临时救助证复印件（或）精准扶贫证。（请另单附申请表后）
7. 提供农村合作医疗证（或）居民医保证复印件，如无请提供缴费凭证。（请另单附申请表后）
8. 据具体情况，北京彩虹桥慈善基金会要求的其它材料。
9. 申请表可在彩虹桥网站 <http://www.chq.org.cn/> 下载（或医院领取）

二、救助流程



三、资料准备齐全后，请邮寄至以下地址：

邮寄地址：北京市朝阳区东直门外大街甲 26 号奥加国际公寓 10 层 1007 室
（地铁 2 号线东直门站 C 口）

收件人：北京彩虹桥慈善基金会 邮编：100026

联系电话：010-65065069 工作时间：周一至周五（09:30-17:30）

北京彩虹桥慈善基金会 电话：010-65065069 网站：www.chq.org.cn 微信：**C18810755391**

地址：北京市朝阳区东直门外大街甲 26 号奥加国际公寓 10 层 1007 室 邮编：100026