

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

患儿姓名		性别		出生日期	
民族		户籍类型	<input type="checkbox"/> 城市户口 <input type="checkbox"/> 农村户口		
户籍所在省		所在市		所属区县	
具体详细地址					
监护人（父）姓名		职业		电话	
监护人（母）姓名		职业		电话	
其他亲戚姓名		职业		电话	
手术医院及病区				患者现在住院治疗	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
住院时间				手术医生	
本次手术根治	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		本次分期手术	本次为第 ()次	
申请其他基金会	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		除先心病以外 有其他疾病名称		
申请其他 基金会名称及金额					
患者病情诊断 (B超超声提示)					
本次医院 预估手术费用			手术医院 直接报销	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
家长为患儿本次手术, 自筹费用(必填)	万元		向彩虹桥申请 资助金额	万元	
贫困证件(可多个勾线)	<input type="checkbox"/> 精准扶贫户证明 <input type="checkbox"/> 低保户证明 <input type="checkbox"/> 临时救助户证明 <input type="checkbox"/> 贫困证明 <input type="checkbox"/> 其他证明: _____				
患儿医保类型	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 新农合				
患儿是否有 商业医疗保险	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无				
是否发起网络筹款	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
	筹款平台/渠道:				

家庭成员情况

【共同生活家庭成员全部填写（包括患儿），收入支出为近一年情况】

姓名	年龄	与患儿关系	职业	月收入（包括低保、打工、种地）	月花费（备注：日常生活、吃药、学费等）	每年实际工作几个月

债务情况（共同生活人未还清的所有债务，依次填写）

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
未还清债务合计					

其他说明情况：

家庭详细情况

1) 请介绍需供养的家庭成员，详细情况（例：孩子上学、老人抚养、列明病种及花费）：

2) 近 5 年内，家庭重大变故情况介绍（时间、事件、花费金额等）：

3) 造成家庭经济困难的其它原因（例：结婚、做生意、车祸、建房、重大疾病等）：

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

申请北京彩虹桥慈善基金会资助原因

家庭情况陈述，此项关系到是否同意救助，请家长认真填写。（字数不低于 300 字）

证明人信息

1、农村户籍患儿 填写

村支书姓名		电话	
村主任姓名		电话	

2、城镇户籍患儿 填写

居委会负责人姓名		电话	
街道负责人姓名		电话	

**注：农村患儿，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或街道的工作人员；**

以上信息必须保证真实有效，如有虚假信息，一经发现，将拒绝申请。

贫困证明

兹有_____（患儿姓名），身份证号码_____

_____（无户口填“无”） 家庭地址_____

为我辖区居民，系我村/社区 低保户、 精准扶贫户、 建档立卡贫困户、 残疾家庭、 一般家庭、 其他_____；现在_____（医院名称）进行治疗，因治疗费用较高，家庭经济条件较差，无力承担全部治疗费用，现向北京彩虹桥慈善基金会申请医疗救助金。

以上所述属实

村委会/居委会

乡镇政府/街道办事处

盖章

盖章

20 年 月 日

20 年 月 日

电话（必填）：

电话（必填）：

**备注：请完整填写，低保家庭需提供低保证及低保存折复印件。
精准扶贫户、建档立卡贫困户提供手册复印件。**

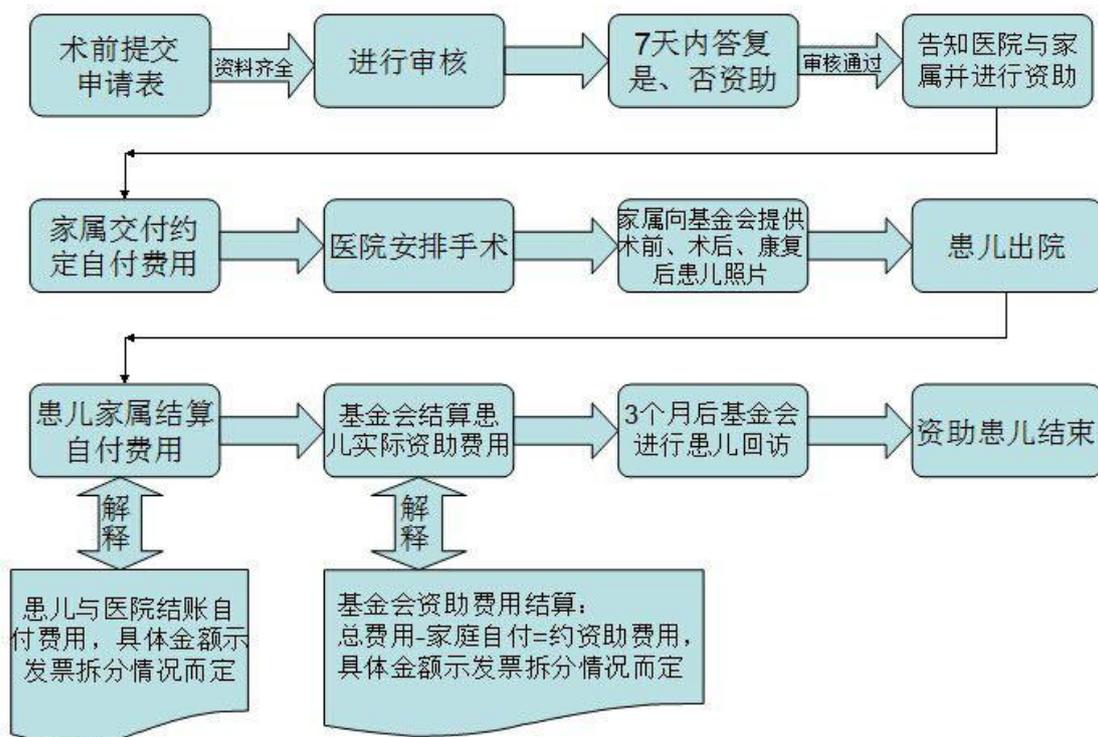
患儿家属自留材料

一、申报准备材料

申请资助必须由患儿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. 患儿及家庭照片（分别为患儿全身和半身照各 1 张，父母与患儿 1 张、共同生活人全家照 1 张需在自家住房前合影、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 和工作微信: C18810755391。
3. 患儿共同生活人所有户口本复印件（如离异请提供离婚证和提供法院判决书复印件）。
4. 患儿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：乡民政局出示的贫困证明原件（或）低保证复印件（或）临时救助证复印件（或）精准扶贫证。家中如有残疾人员请提供残疾证明。（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. 根据具体情况，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 口出，东行 800 米，澳大利亚使馆对面）

收件人：北京彩虹桥慈善基金会 邮编：100026

联系电话：010-65065069 或 18810755391 工作时间：周一至周五（09:30-17:30）