珠海市红十字会

贫困先心病儿童救治申请表

编 号： NO：

患儿姓名： 性别： 年龄：

联系人： 电话/手机：

通信地址：

邮编：

申请日期： 年 月 日

申请须知

1. 该项目救助范围为广东省户籍贫困家庭的先天性心脏病患儿；
2. 患儿的所有申请资料由患儿的法定监护人负责填报，所有申请资料必须真实、完整；
3. 申请资料包括：除完整填写“救治申请表”外，须附有患儿及其法定监护人的户籍证明副本；由政府部门开具的家庭贫困证明；患儿疾病的医院诊断证明和病历等相关资料；
4. 申请资料经户籍所在地市红十字会同意并加盖公章后送珠海市红十字会；
5. 本申报表的递交并不代表已经评审获得医疗救助；
6. 珠海市红十字会接到申请后进行审核和批复，对同意资助手术的，将安排患儿到贫困先天性心脏病救治定点医院珠海市人民医院、珠海市第二人民医院、广东省中医院珠海医院进行手术，并直接向医院支付救助资金；
7. 获得资助的患儿监护人有责任和义务配合当地市红十字会和珠海市红十字会对有关该患儿的公益宣传和采访活动，并同意使用该患儿相关的照片、影像等资料；
8. 本救治申请表由珠海市红十字会制作，解释权归珠海市红十字会。

我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有申请规定。

患儿监护人签字：

年 月 日

申请救治登记表

患儿姓名		性别		出生日期	
民 族		身高		体 重	
其它病症					
监护人姓名		职业		与患儿关系	
身份证号					
家庭详细地址					
患儿病情诊断 (类型)					
确诊医院			主诊医师		
初期就诊住院时间	年 月 日至		年 月 日		
贫困程度		家庭年收入		家庭人口	
医疗费用预算(元)		家庭可支付医疗费(元)			
医疗费可报销的比例及最高金额					
可报销类型(√)	城镇基本医保	新农合	民政救助	其他	
病况及家庭情况	<p>申请人(签名):</p>				

当地 红十字 会意见	<p style="text-align: center;">(盖章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>
珠海 市红 十字 会意见	<p style="text-align: center;">(盖章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>
定 点 医 院 评 估 意 见	<p style="text-align: center;">(盖章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>
	<p style="text-align: center;">(盖章)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>

此处粘贴相关户籍资料、贫困证明及病历资料：