

北京市丽格慈善基金会 求助申请表

编号：

患者正面照片、患处正面照片

（腭裂患者需提供口腔内腭裂处照片）

患者姓名：_____性别：___出生日期：_____年 月 日

通信地址：_____省_____市（县）_____

联系人：_____电话、手机：_____

电子邮件：_____ 邮编：_____

患者体重：_____

申报日期： 年 月 日

申请须知

1. 北京市丽格慈善基金会资助申请表由北京市丽格慈善基金会印制并负责解释；
2. 北京市丽格慈善基金会资助对象为贫困家庭的患者；
3. 患者的所有申报资料由患者或患者的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；
4. 本申报表的递交并不表明肯定获得资助；
5. 北京市丽格慈善基金会负责所有申报资料的审核和建档工作；
6. 得到北京市丽格慈善基金会资助的患者，北京市丽格慈善基金会承担患者的全部或部分医疗费用。（资助标准详见《北京市丽格慈善基金会救助申请细则》）。
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，即撤销资助，已发生的资助费用由患者方全部返还北京市丽格慈善基金会。
8. 获得资助的患者或患儿监护人均有责任和义务为北京市丽格慈善基金会提供必要的文字、照片、影像等资料，配合北京市丽格慈善基金会的宣传和采访等活动，并承诺北京市丽格慈善基金会可无偿使用其照片、影像等资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患者或患者监护人签字：

年 月 日

申请登记表

患者姓名		性别	
出生日期	年 月 日	民族	
户口所在地	省（市） 市（县）		
患病类型:			
户口类型: <input type="checkbox"/> 农户 <input type="checkbox"/> 非农户			
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	
是否低保		当地低保标准	
家庭贫困情况	本人保证上述情况属实		
证明人		职务	电话
家庭所在地区 居委会、村委会或乡 (镇) 政府盖章	(务必盖章)		

基金会审核意见:

基金会审核人:

审核日期:

患者医疗情况简述

患者在治疗过程中的介绍：(请参考后面的附注说明,尽可能详细一些)

1. 现在是否有先天性心脏病、传染病等?
2. 该病种是否接受过手术治疗? 在哪家医院进行治疗? 效果如何?
3. 目前有无上呼吸道感染、发热及胸腺肥大等情况?
4. 患儿目前体重是多少?

附件一 身份证明

患者的户口或身份证明（复印件）粘贴处：

申请人父母（或监护人）的身份证或户口证明（复印件）粘贴处：

附件二 患者病情诊断

患者最近血常规检查报告粘贴处：

患者一个月内胸透检查 X 光片：

定点医院意见（患者不需填写）：

审核人：

审核日期：