附件二

辽宁省红十字基金会“儿童慢病帮扶项目”

资助申请表

<table>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>身份证号</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td rowspan="2">（照片）</td></tr>
<tr><td>入院时间</td><td colspan="3"></td><td>入住医院</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>监护人姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>身份证号</td><td></td><td>与患儿关系</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>手机号码</td><td colspan="3"></td><td>邮编</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>户籍地址</td><td colspan="8">省（市、区）　　市　　县　　乡（镇）　　村</td></tr>
<tr><td>通讯地址</td><td colspan="8">省（市、区）　　市　　县　　乡（镇）　　村</td></tr>
<tr><td rowspan="3">家庭经济状况</td><td rowspan="2">是否为以下类型</td><td colspan="7">□低保户　　□残疾家庭　　□军烈属家庭
□孤儿　　□其他</td></tr>
<tr><td colspan="7">备注：低保、军烈属、残疾人家庭的患儿，需提供低保证、军烈属证、残疾人证（复印件）；孤儿需提供当地民政局或福利院证明。以上情况可获得优先资助资格。</td></tr>
<tr><td>家庭年收入</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>自付住院费用</td><td colspan="3"></td><td>资助金额</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>申请救助理由</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="9">申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料
1.　身份证明材料：申请人及监护人户口簿首页及本人页和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件（留存复印件）。
2.　病情证明材料：须提供入院病历首页复印件(加盖医院公章)，治疗费发票复印件（加盖医院公章）。
3.　患儿或监护人银行卡信息：患儿或监护人银行卡正反面复印件，复印件上写明户名，账号，开户行。
4.　以上证明材料另附，与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。</td></tr>
</table>

申 报 须 知

1. 本申请表由辽宁省红十字基金会（简称辽红基）根据项目要求印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为 2 至 18 周岁患有抽动症、自闭症、注意力缺陷多动障碍、发育迟缓四大病种，在该项目定点合作医院接受住院治疗的儿童。
3. 本申请表由申请人法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。
4. 本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。
5. 本项目为慢病帮扶项目，患儿在每次住院周期内均可申请。
6. 患儿资助款将通过辽宁省红十字基金会指定账户拨付至患儿或监护人账户。请患儿监护人务必填写正确的银行卡信息，确保：

1） 银行卡户名为患儿或其监护人真实姓名；

2） 银行卡为有效银行借记卡由于银行卡相关问题导致的资助款拨付不成功或延迟，辽宁省红十字基金会不承担任何责任，并有权优先拨付资助款给其申请通过的患儿。

7. 对申报资料中出现的隐瞒、虚假、伪造等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，辽宁省红十字基金会保留依法追索救助款的权利。
8. 为配合项目宣传，受助患儿及其法定监护人有责任和义务向辽宁省红十字基金会提供并授权其使用必要的照片、文字、视频、影像等相关资料。

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。 （手写）

_____

患儿法定监护人签名：

年 月 日

版本日期：2024/8/21