附件 1

辽宁省红十字基金会
助孕公益项目入组申请表

申请人姓名：　　年龄：　　性别：
身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□
家庭住址：_____ 省（自治区）_____市_____
申请人联系电话（手机）：_____E-mail：_____
申请理由陈述：
申请人需提供的材料： 1、身份证明材料：夫妻双方身份证正反面复印件； 2、病情诊断证明（含取卵诊断信息）； 3、银行卡信息：女性申请人银行卡正反面复印件，复印件上需写明户名，账号，开户行号、开户行，联系方式。 **以上证明材料另附，如需留存请自行复印备份。**
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.该项目申请对象为需要进行辅助生殖技术治疗的不孕不育家庭。 3.申请人需保证所填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.资助款将通过辽宁省红十字基金会指定账户拨付至申请人账户。请务必提供正确的银行卡信息，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者。 6.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。 7.为配合项目宣传，受助患者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，同意所有申报规定并进行自愿申报。（手写） 申请人签字（并按手印）：　　日期：　　年　　月　　日

版本日期：2024/8/21