附件一：

辽宁省红十字会
辽宁救在身边红行动关爱重疾青少年救助金申请表

患者姓名		性别	
身份证号码/ 出生证明号码		出生日期	年　月　日
家庭详细住址		籍贯	
监护人姓名		与患者关系	
身份证号码		联系电话	
是否同意信息公示	□是　□否	紧急联系电话	
患病名称		现就诊医院及科室	
是否为低保户	□是　□否	家庭人口	
是否需要返还原件	□是　□否	家庭总收入	万元
是否有商业疾病保险		医保或农合报销比例	
个人银行卡信息 （报销时使用； 如右侧信息不全， 则无法报销）	户名： 银行卡卡号： 银行卡开户行（全称）： 银行卡开户行行号： 持卡人与患者关系： **上述信息缺少任意一项将无法进行报销**		

所在地区居委会（村委会）对患者家庭贫困情况的确认属实(可另外开具困难证明)	经核实患者家庭经济困难无能力治疗，情况属实 特此证明！ （并盖章） 年　月　日
所在地区居委会（村委会）工作人员姓名及电话	
辽宁省红十字基金会初审意见	（盖章） 负责人签名 联系电话 年　月　日

注：该救助不得与省红十字会开展的先天性心脏病和先天性血液病项目重复救助。

版本日期：2025/03/05

附件二：

辽宁省红十字会

辽宁救在身边红行动关爱重疾青少年救助金家庭经济情况调查表

<table>
<tr><td>患者家属姓名</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>电话</td><td></td><td>与患者关系</td><td></td></tr>
<tr><td>工作情况</td><td colspan="7">□固定工作□临时工作□个体经营□务农□其他_____</td></tr>
<tr><td>工作单位名称</td><td colspan="3"></td><td>工作部门及职务</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="8">上一年度个人年总收入(年收入包括工资、奖金及其他零散收入)_____元</td></tr>
<tr><td>患者家属姓名</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>电话</td><td></td><td>与患者关系</td><td></td></tr>
<tr><td>工作情况</td><td colspan="7">□固定工作□临时工作□个体经营□务农□其他_____</td></tr>
<tr><td>工作单位名称</td><td colspan="3"></td><td>工作部门及职务</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="8">上一年度个人年总收入(年收入包括工资、奖金及其他零散收入)_____元</td></tr>
<tr><td>患者家属姓名</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>电话</td><td></td><td>与患者关系</td><td></td></tr>
<tr><td>工作情况</td><td colspan="7">□固定工作□临时工作□个体经营□务农□其他_____</td></tr>
<tr><td>工作单位名称</td><td colspan="3"></td><td>工作部门及职务</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="8">上一年度个人年总收入(年收入包括工资、奖金及其他零散收入)_____元</td></tr>
<tr><td>家庭房产情况
（打√）</td><td colspan="2">无（）
有（）____套
商品房（）
其他（）
住房面积_____</td><td>是否售卖
（打√）</td><td colspan="4">无（）
待售（）
有（）万</td></tr>
<tr><td>家庭是否有车
（打√）</td><td colspan="2">无（）
有（）____辆
谋生用（）
非谋生用（）</td><td>是否售卖
（打√）</td><td colspan="4">无（）
待售（）
有（）万</td></tr>
</table>

附件三：

公益项目申请须知

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. 本项目为辽宁救在身边红行动项目，该项目申请对象为辽宁省内18周岁以下大病青少年。

3.本申请表由申请人或申请人法定监护人负责填报（用黑色钢笔、签字笔书写或电脑打印后用印），并保证所有资料的真实性和完整性。

4.申请递交并不代表获得帮扶，为降低公益项目执行成本，申请资料一经递交不予退回。如需返还原件，将加盖省红十字基金会公章，证明已申请本项目。

5.该救助不得与省红十字会开展的先天性心脏病和先天性血液病项目重复救助。

6.救助金将通过辽宁省红十字基金会指定账户拨付至申请人或申请人监护人账户。请申请人务必填写正确的银行卡信息，确保：

1） 银行卡户名为申请人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申请人。

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，受助者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。

请申请人或其法定监护人通读后于下方□打勾：

□我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，同意并遵照所有申报规定执行。

注意：该救助不得与省红十字会开展的先天性心脏病和先天性血液病项目重复救助。

申请人或其法定监护人签名：

年 月 日

附件四：（如无需肖像授权可以不进行填写）

肖像及资料授权书

授权方：【　　】（未满 18 周岁需填写监护人信息）

身份证号：　　联系电话：

联系地址：

监护人姓名：　　监护人身份证号：

授权方与监护人关系：　　监护人联系电话：

监护人联系地址：

被授权方：【辽宁省红十字会、辽宁省红十字基金会】

联系地址：　沈阳市和平区和平北大街 55 号。

为方便被授权方开展相关公益项目推广，现授权方做出如下授权：

一、授权内容

授权方同意基于宣传公益项目的目的，无偿及包含转授权的情况下授予及许可被授权方及其关联公司（机构）、合作单位等在宣传过程使用授权方肖像、姓名、家庭（家属）生活照、录音、视频及授权方的个人基本信息（如年龄，家庭状况，目前困境等）（下称“授权内容”）。

二、授权范围及限制

1、授权方授权被授权方及其关联公司（机构）、合作单位等在全球范围的平面媒体、网络媒体、短视频平台等全媒介（包括但不限于被授权方官网、微公益平台、电视广告、线下户外广告等）推广和使用授权内容，使用目的仅限于公益项目的推广，不得用于其他任何商业或非商业用途。

2、被授权方可以根据推广需求对带有授权方肖像、姓名等授权内容的物料进行合理的改动和加工，被授权方的修改应保证不得损害授权方形象或将其改成毁谤、淫秽或者任何违法资料。

3、被授权方可以将针对授权书的前述许可，转授权给第三人使用于公益广告、销售附捐等公益营销活动，或其他被授权方参与的以公益、慈善为主要目的的活动。

4、被授权方依本授权书使用肖像资料或肖像资料中所含的授权方肖像的全部或局部时，无需另行通知授权方。

5、本授权一经作出不可撤销，授权期限为：永久。

授权人：　　（签字+手印）

监护人：　　（签字+手印）

日　期：　　年　　月　　日