**救助申请表**

**申 请 须 知**

1. 申请表由北京市丽格慈善基金会、中华儿慈会丽格18岁专项基金（以下简称本基金会、本专项基金）制订，最终解释权归北京市丽格慈善基金会、中华儿慈会丽格18岁专项基金所有；
2. 资助对象为中国籍、18周岁以下困境家庭的患者；
3. 承诺在筹款的同时，不在其他项目或其他基金会进行公开募捐，不发起个人求助网络筹款！一旦发现重复筹款或超筹，北京市丽格慈善基金会、中华儿慈会丽格18岁专项基金有权立即终止救助，并将善款转捐给其他有需要的贫困患儿使用！
4. 本基金会按核实评估的治疗费用缺口发起募捐，对募捐金额不做承诺；

所募善款主要用于医疗救助。善款优先公对公拨款到医院为患儿住院治疗期间使用，待患儿出院结算时，需向基金会提供发票原件后，由北京市丽格慈善基金会、中华儿慈会丽格18岁专项基金向医院对公账户打款。

1. 求助申请者必须为患儿的法定监护人，申请人对的所有资料及信息的真实性和完整性负责并接受核实，一点查出与事实不符，本基金会有权立即停止对其救助；如已获救助，本基金会保留依法追索救助款的权利；
2. 本项目所资助患者的医疗方案由患者或患者的监护人与相关救助机构\医院直接沟通，最终医疗方案由患者自行决定；患者在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方明确责任丽格慈善基金会不承担任何责任；
3. 入院期间的医疗费用三甲医院需优先医保报销，基金会承担医疗保险或新农合医保报销的剩余部分；如无医疗保险及新农合医保的，本基金会、本专项基金承担入院期间的医疗费用，有医保不使用，需出示正当理由的说明进行申请；
4. 本申报资料的提交并不代表已经获准得到资助，需综合评估后决定是否接受申请，本基金会不退回申请材料，所有材料申请人请自行复印留存；
5. 依据国家《慈善法》、《基金会管理条例》和《公益事业捐赠法》等规定，筹得的善款将有10%作为项目执行成本费用；
6. 所有获得资助的患儿监护人均有责任和义务为本基金会提供真实、必要的治疗进度反馈信息，并同意在用于公益目的的宣传和采访活动中使用其照片、录像等资料，详情见附件一：肖像使用授权书。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款和附件，并同意以上所有规定。

患儿姓名： 监护人（签名并按手印）：

 年 月 日

**求助申请表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患儿姓名 |   | 出生年月日 |  | 性别 |  |
| 患儿身份证号码： |  |
| 父亲姓名 |  | 联系方式（电话/邮箱/微信） |  |
| 母亲姓名 |  | 联系方式（电话/邮箱/微信） |  |
| 联系人姓名 |  | 联系方式（电话/邮箱/微信） |  |
| 户口住址（详细到门牌号） |  |
| 现在住址 |  |
| 就读学校 |  |
| 患病名称 |  |
| 患儿病情简介 |  |
| 治疗经历 |  |
| 已花费治疗费用 | 万元 | 后续治疗费用预算 | 万元 |
| 后续自筹金额 | 万元 | 家庭上年度收入总计 | 万元 |
| 家庭成员基本情况 | 姓名 | 出生年月 | 关系 | 学历 | 健康情况 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 医保类型 | □新农合  | □医保 | □其他\_\_\_\_\_\_ | 报销比例  | % |
| 所在地（村）居委会及乡（镇）工作人员 | 姓名 |  | 电话 |  |
| **患儿法定监护人声明：我声明以上所填内容真实、完整。****患儿法定监护人签名：**  年 月 日 |
| 困难证明：兹有我 村（乡/镇） （监护人姓名） （身份证号）之子(女)，姓名（患者姓名）： ，身份证号 。其全家收入来源单一，年人均入水平较低，导致家庭经济困难，经(村/组/乡/镇/居委会)核实，全家收入低于本地平均收入，该户确属困难家庭。特此证明【所在地（村）居委会或乡（镇）】盖章 |

**附件一 肖像使用授权书**

**授权方姓名： 身份证号：**

**监护人姓名： 身份证号：**

**被授权方：北京市丽格慈善基金会、中华儿慈会丽格18岁专项基金**

本人（患儿）授权北京市丽格慈善基金会、中华儿慈会丽格18岁专项基金有权以非营利为目的，在国内外各种媒体或媒介（包括但不限于：报纸、杂志、书籍、日历、宣传页、电视、墙体、网络媒体、软件、广告等），无偿使用本人肖像资料（包括但不限于：本人肖像全部或局部、家庭情况、个人过往经历、家庭成员肖像等）。授权期限：永久。

 授权方：

 监护人：

 年 月 日

**附件二 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）

|  |
| --- |
| **正面照片** |
| **患处照片** |

**附件三 身份证明**

**身份证明**

|  |
| --- |
| 患者的户口（户口首页及患儿页面，没有户口的患儿提供出生证明）、身份证： |
| 申请人父母（或监护人）的身份证、户口证明（户主页及父母或监护人页面）： |

**必看！！求助所需资料（家长留存，不用交回）**

家长您好，本基金会没有现金直接救助，募集到的善款会在孩子住院期间打款至医院。

家长希望求助的话，请打印申请表，填好后，连同其他要求的资料一起发邮件给我们，符合资助资格的情况下，我们会为孩子建档募款。

1. 主要纸质版资料：
2. 申请书+表格2页+3份附件（复印件和照片请黏妥）
3. 贫困证明盖章（盖章：村委、乡镇人民政府、乡镇民政局，任一即可）
4. 最新病情诊断证明和相关检查报告复印件
5. 户主页+患儿户口页面复印件或提供患儿出生证明复印件
6. 联系方式

地址： 铜仁市人民医院烧伤整形外科

电话： 0856-8169478

邮箱： lsy790928@163.com