



北京屈正爱心基金会

救助贫困先心病儿童手术治疗项目 资助申请书

患儿姓名 _____

手术医院 _____

填表时间 _____

申请须知

重要提示:

- 1、在填写救助申请表之前,请您认真阅读《BQZ医疗救助贫困先心病患儿手术治疗项目申请指南》
- 2、BQZ工作人员将在第一时间审核您的申请是否符合BQZ医疗救助贫困先心病患儿项目条件。
- 3、我们将通过电话访问的方式进行信息核实。
- 4、请您确保所提交的信息的真实性,如果提交的申请表与实际情况不符,您将承担因虚报 而引起的法律责任。
- 5、申报内容必须完整填写,否则将直接影响审核结果。
- 6、申报材料的中要求监护人签字并摁手印的部分,请务必按要求签字并摁手印。
7. 本申请需监护人填写,如不会写可找人代写,但需代笔人签字,患儿监护人按手印。

申请资料如下:

- 1、患儿家庭成员户口本复印件(全部)。
- 2、患儿父母身份证复印件。
- 3、患儿手术医院的B超单和诊断证明。
- 4、低保家庭、精准扶贫户、建档立卡户、残疾家庭,等特困家庭提供复印件。
- 5、贫困证明原件

备注: 患儿父母离异者, 需提供法院判决书的复印件。

北京屈正爱心基金会申请承诺书

北京屈正爱心基金会：

我是_____（患者姓名）的监护人，该儿童患有先天性心脏病，我已倾尽所有，仍无力承担全部手术费用。现自愿向北京屈正爱心基金会申请先心病患儿手术治疗资助项目。

1. 作为监护人，我们充分了解先天性心脏病手术作为医疗行为所存在的不确定和各种风险，并已做好认定手术方案及承担手术风险和后果的准备。
2. 患儿手术方案认定以及手术后果由患者或其监护人承担，与基金会无关。
3. 同时，我们同意配合北京屈正爱心基金会公益目的的宣传和采访活动，并同意无偿在报刊、杂志、书籍、电影、电视、网络等媒体上使用我家庭和子女的照片、录像等资料，并不提出异议。
4. 患儿的所有申报资料由法定监护人或本人填报，并保证所有资料的真实性和完整性；如有虚假或瞒报，一经发现，对已经获得资助的患者，将追回救助款项，并追究法律责任。
5. 我了解本申请表的递交并不代表已经获准得到北京屈正爱心基金会医疗救助。申请资料不退还。

我确认已经全部阅读了基金会相关资助条款，并同意所有申报规定。

患儿监护人：_____签字
(摁手印)

20 年 月 日

一、患儿图片信息表

患儿日常生活照片

单人
5寸
正面照

患儿家庭合影照片

请备注
关系

二、患儿基础信息表（以下内容请手写。如填写不全，会影响审核）

患儿姓名			性别		民族	
出生年月日	年 月 日		住宅电话			
患儿身份证号			患儿户籍类型 请划✓		☐ 城镇户口 ☐ 农村户口	
户口所在省		所在市			所在区县	
详细地址						
监护人姓名（父）			联系电话			
监护人姓名（母）			联系电话			
监护人其他亲属	与患者关系		联系电话			
监护人微信号			QQ号			
患儿B超检查 全部填写						
是否患有其他疾病 （备注名称）						
住院时间			预计手术时间			
家长为患儿自筹费用	（ ）元		是否申请其他基金会		☐ 是 ☐ 否	
是否为特困家庭 请划✓	☐ 低保户 ☐ 精准扶贫户 ☐ 残疾家庭 ☐ 特困家庭 ☐ 一般家庭 ☐ 因病致贫 ☐ 其他，请备注_____。					
患儿医保类型	☐ 无 ☐ 城镇医保 ☐ 农村合作医疗 ☐ 商业保险					
是否发起网络筹款	☐ 无 ☐ 水滴筹 ☐ 轻松筹 ☐ 其他 请备注：					
患儿首次发现先心病的时间		检查医院		花费	元	
患儿前期花费共计	元		治疗原因 （例如：肺炎）			
其他备注：						

三、一起生活的家庭成员信息表

姓名	与患儿关系	年龄	职业	年收入	年支出

举例：患儿姓名 本人 4岁 幼儿园学生 低保收入1000元 年支出：一年学费XX元，生活费XX元。

家庭未还清的债务情况

借债时间	债务原因	借债金额	是否偿还

四、患儿家庭经济情况表

家庭财产基本情况			
类 别	说 明		总价值（元）
住 房	☐ 自建房	☐ 自建楼房 ☐ 安置房 ☐ 土坯房 ☐ 砖瓦房 ☐ 其他，____间 ____平方米	（ ）元
	☐ 商品房	面积____平方米____室	（ ）元
农业生产工具	☐ 拖拉机 ☐ 播种机 ☐ 水稻收割机 ☐ 插秧机 _____其他		（ ）元
主要交通工具	☐ 面包车 ☐ 电动车 ☐ 摩托车 ☐ 自行车 ☐ 私家小汽车，品牌_____		（ ）元
合 计			
家庭经济收入来源基本情况			
类 别	上一年度	本年度	备注 说明
主要劳动人口（人数及姓名）			
打工年收入			职业工种（ ）
农业（包括园林种植）收入			农地（ ）亩
养殖业（包括畜禽、水产等）收入			养殖种类（ ）
商业经营收入			
农村养老金或退休金收入			
低保、残疾、特困家庭收入			

家庭情况陈述（监护人手写） 字数不低于200字

此项关系到是否资助，请家长务必认真填写

证明人/担保人信息

村支书/居委会 姓名		电话	
身份证号			
村主任/街道 姓名		电话	
身份证号			

其他证明人_____

本人保证以上信息真实有效，如有虚假，将自动放弃申请。

患儿监护人： 签字（需摁手印）



证明

兹有_____（患儿姓名），身份证号_____

家庭地址_____

为我辖区内居民，系我村/社区 ☐ 低保户 ☐ 精准扶贫户 ☐ 残疾家庭 ☐ 一般家庭
☐ 特困家庭 ☐ 其他，请备注_____。

因病在_____医院治疗，无力承担全部治疗费用，现向

北京屈正爱心基金会申请医疗救助金。

以上信息属实

村委会/ 居委会

乡镇政府/街道办事处

盖章

盖章

20 年 月 日

20 年 月 日

经手人签字：
经手人电话：

经手人签字：
经手人电话：