

上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心慈善基金申请表

编 号

患儿资料	患者姓名		性 别		出生年月	
	身份证号			门诊号		初诊日期
	疾病诊断			本次住院病区：_____床位号：_____		
	住院号		入院日期		已交入院押金	元
	家长姓名		联系电话		联系地址：	
家庭情况	主要家庭成员					
	序号	与患儿关系	姓名	年龄	受教育程度	职业
						健康状况 (如患有疾病, 须填写疾病诊断)
	1					<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 诊断_____
	2					<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 诊断_____
3					<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 诊断_____	
4					<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 诊断_____	
经济支持	家庭上一年度总收入：_____万元；上一年度总支出：_____万元（其中患儿医疗费_____万元）					
	医疗保险	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 城镇医保，报销比例_____%； <input type="checkbox"/> 新农合，报销比例_____%			
	社会救助	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有，救助机构名称_____，救助金额_____万元			
	其他借贷	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 有_____万元 (来源(可多选)： <input type="checkbox"/> 亲戚朋友， <input type="checkbox"/> 银行， <input type="checkbox"/> 其他_____)			
审批意见						
临床意见	疾病诊断：_____治疗计划：_____					
	预后情况： <input type="checkbox"/> 不佳(30%以下) <input type="checkbox"/> 一般(30-70%) <input type="checkbox"/> 良好(70%以上) <input type="checkbox"/> 不确定					
社会工作部意见	拟申请： <input type="checkbox"/> 医疗救助慈善基金：_____元；					
	<input type="checkbox"/> 生活援助(爱心餐/住宿)：_____天_____人；					
	<input type="checkbox"/> 慈善物资：名称_____；规格/单位_____；数量_____					
经办人签字(盖章)：_____ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 科主任签字(盖章)：_____						
分管院领导意见	1. 慈善基金名称(编号)_____，审批额度：_____元；					
	2. 慈善基金名称(编号)_____，审批额度：_____元；					
经办人签字(盖章)：_____ 主任签字(盖章)：_____						
院领导签字：_____						

申请须知

本人（姓名）_____是患儿（姓名）_____的监护人，因家庭无力承担患儿在上海儿童医学中心治疗期间相关费用，充分知晓并理解以下申请须知，特提出申请慈善基金帮助。

- 1、 本申请表由上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心社会工作部（以下简称“儿中心社工部”）制作，解释权归儿中心社工部。
- 2、 患儿的所有申请资料应由其法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性、完整性、合法性、有效性。申请人所提交的申请材料不论是否审批通过，请自行备份。
- 3、 本申请表的递交并不代表已经审核获得慈善基金资助。
- 4、 一经发现申请材料有提供虚假资料、隐瞒或伪造等行为，一律不予资助。对于已获资助但经发现有隐瞒、欺诈、伪造等行为的，慈善基金资助方将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将依法追究法律责任。
- 5、 申请资料中所需的疾病诊断应以本院出具的病例材料为准。
- 6、 本人已充分了解患者病情、治疗措施、适用器械及医疗风险，根据患者自身状况自主提出本次申请。
- 7、 如获得慈善基金资助，您是否愿意配合向慈善基金资助方提供相关文字、照片、影像等资料，用于公益目的的宣传活动？ 同意 不同意

患者监护人签字_____

日期：_____年____月____日

上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心慈善基金申请表

附件 1 申请材料附件

1. 经济情况证明原件
2. 患儿监护人身份证复印件
3. 患儿户口本或出生证明复印件
4. 患儿照片电子版（治疗前生活照 1 张、住院期间 1 张）

请发至微信“社工小助理”

5. 其他辅助材料：如残疾证，低保证明可替代经济情况证明

附件 2:

经济情况证明

兹有_____ (儿童姓名), 身份证号_____,
被诊断为_____, 监护人姓名_____, 身份证
号:_____, 户籍地址:_____,
为我辖区居民。家庭经济困难, 无力支付医疗费。

以上所述属实。

村委会/居委会 (盖章):

乡镇政府/街道办事处 (盖章)

日期:

日期:

经办人:

经办人:

电话 (必填):

电话 (必填):