**辽宁省红十字少儿血液病救助基金资助申请表**

|  |
| --- |
| 申请人生活照片粘贴处 |

申请人姓名： 性别： 出生日期： 年 月 日

家长（法定监护人）姓名： 与申请人关系：

家长（法定监护人）身份证号：

家庭固定电话： 手机：

户籍所在地： 市 县（市、区）

通讯地址： 市 县（市、区）

病情诊断（类型）：

申报日期： 年 月 日

第1页（共3页）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人疾病诊疗情况 | | | |
| 诊断医院 |  | 确诊时间 |  |
| 主治医生 |  | 治疗效果 |  |
| 初期住院时间 | 年 月 日 至 年 月 日 | | |
| 已付医疗费用 |  | 自付医疗费用 |  |
| 治疗预需费用 |  | 有无医疗保险 |  |
| 申请人家庭经济情况 | | | |
| 家庭年收入 |  | 家庭人口数 |  |
| 是否有低保证 |  | 曾获得何种救助及金额 |  |
| 家长（法定监护人）  求助陈述： |  | | |
| 县（市、区）级  红十字会初审意见 | （单位公章） 年 月 日 | | |
| 市级红十字会  审核意见 | （单位公章） 年 月 日 | | |
| 省红十字会  审批意见 | （单位公章） 年 月 日 | | |

第2页（共3页）

申 报 须 知

1、申请对象为**14周岁以下（含14周岁）**患有血液病且家庭经济贫困、**具有辽宁省户籍**的儿童；

2、资助病种为**白血病、再生障碍性贫血、淋巴瘤、血友病**；

3、填写资助申请表并提交以下资料(**一式三份)，**向所在地县（市、区）级红十字会提出资助申请，**省红十字会不受理个人提交的求助申请**：

**(1)申请人户口薄、家长（法定监护人）身份证原件及复印件（留存复印件）；**

**(2)申请人病情诊断证明原件及复印件（留存复印件）；**

**(3)申请人住院病案首页（加盖病案专用章）；**

**(4)申请人骨穿检查报告复印件（患有白血病、再生障碍性贫血的申请人提交）；**

**(5)申请人病理报告复印件（患有淋巴瘤的申请人提交）；**

**(6)低保证原件及复印件（留存复印件）或户籍所在地区乡（镇）政府或城市街道办事处出具的贫困证明；**

4、省红十字会每两个月审批一次，资助名单和资助金额在省红十字会网站公布；受助手续由各市红十字会通知办理。

5、通过审批的申请人向所在市红十字会提交自费不少于资助款金额的申请人住院医疗收据原件或加盖报销部门公章及注明报销金额的住院医疗收据复印件，由市级红十字会将资助款汇入**申请人**开立的银行卡账户；

6、申请人须保证各项资料的真实，对申报过程中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现将不予资助；如已获资助，将依法追索其所获得的全部资助款；

**本申请表的递交并不表明肯定获得资助，已获得红十字会系统同类资助的申请人不重复救助。**

7、获得资助的申请人均有义务为各级红十字会提供必要的文字、照片等资料。请注明是否同意将个人资料和家庭背景对外公开，用于爱心捐赠的宣传，以便更多的获得社会的救助。**( 是 否 )**。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

申请人家长（法定监护人）签字：

第3页（共3页）