中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”

资助申请表（罕见病）

申请人近期照片

申请人姓名：_____ 性别：_____年龄：_____

身份证号码：_____

监护人姓名：_____与申请人关系：_____

手机号码：_____

户籍所在地：　　省（区、市）　　市　　县　　乡（镇）　　村

通讯地址：　　省（区、市）　　市　　县　　乡（镇）　　村

邮编：_____

申报日期：　　年　　月　　日

申 报 须 知

1. 本申请表由中国红十字基金会（简称中国红基会）根据**《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”实施管理办法》**印制并负责解释。
2. 申请对象为0—18周岁的中国籍罕见病患儿，且**属于低保对象、特困人员、低保边缘家庭、防止返贫监测对象或刚性支出困难家庭成员**之一。
3. 本申请表由患儿法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。
4. 申请人申报资料须经患儿户籍所在地县级以上（含县级）红十字会审核后逐级报省级红十字会/基金会审核，最后报至中国红基会，中国红基会不直接受理个人提交的资助申请。
5. 本申请表的递交并**不代表一定获得救助**，申请资料一经递交**不予退回**。
6. 通过审批确定的受助患儿名单在中国红基会官方网站上公示无异议后，由省级红十字会/基金会向患儿法定监护人发放《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”资助告知书（罕见病）》（以下简称“资助告知书”）。
7. **患儿法定监护人收到资助告知书后，须按要求填写回执并提交相关资料，资料合格后才可获得资助资格。**
8. 本项目为**一次性**资助，患儿在获得该项目资助资金前去世或痊愈，则终止资助。
9. **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，中国红基会保留依法追索救助款的权利。**
10. 受助患儿在医疗过程中出现的任何医疗风险，均由医患双方明确责任、自行协商解决，中国红基会不承担任何责任。
11. 为配合项目宣传，让更多患儿受益，受助患儿及其法定监护人有责任和义务**向中国红基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。**

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。

患儿法定监护人签名：

年　月　日

中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”

资助申请表（罕见病）

<table>
<tr><td>申请人姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月日</td><td></td><td>民族</td><td></td></tr>
<tr><td>患儿医保类型</td><td colspan="4">☐无　☐医保　☐新农合</td><td>患儿商业医疗保险</td><td colspan="2">☐有　☐无</td></tr>
<tr><td>报销比例</td><td colspan="7">医保_____ %；新农合_____%；商业保险：_____ %。</td></tr>
<tr><td>确诊医院</td><td colspan="3"></td><td>确诊时间</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">确诊病型
（参照卫健委发布的第一批和第二批罕见病目录名填写）</td><td colspan="3" rowspan="2"></td><td>目录批次</td><td colspan="3">☐第一批
☐第二批</td></tr>
<tr><td>目录中疾病名称序号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>申请其他公益基金资助情况</td><td colspan="7">☐无
☐有，公益组织的名称：</td></tr>
<tr><td rowspan="4">家庭成员情况
（患儿父母、兄弟姐妹，特殊家庭除外）</td><td>姓名</td><td>身份证号</td><td>与患儿关系</td><td>工作单位/职位</td><td>月收入（元）</td><td colspan="2">单位电话</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">户籍性质及家庭经济状况</td><td>户籍性质</td><td colspan="2">☐农业　☐非农业</td><td>家庭人口总数</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>家庭年收入（元）</td><td colspan="2"></td><td>家庭年支出（元）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住房情况</td><td colspan="5">☐仅有一套自住房　☐有一套以上房产 ☐租房　☐无</td></tr>
<tr><td rowspan="2">困难情况及优先帮扶对象</td><td>符合以下五类人员之一</td><td colspan="5">☐低保对象　☐特困人员　☐低保边缘家庭成员
☐防止返贫监测对象　☐刚性支出困难家庭成员
备注：须提供相关证明材料复印件。</td></tr>
<tr><td colspan="6">军烈属家庭　☐是 ☐否 **若勾选“是”，请提供《烈属证》，资料优先审核。**</td></tr>
</table>

	家庭支出情况	1.近3年内，家庭成员重大疾病情况介绍（仅介绍需供养的亲属，列明病种及花费）：
		2.近3年内，家庭重大变故情况介绍（时间、事件、花费金额，重大变故举例：车祸、火灾、自然灾害、意外伤害、家庭成员出走、入狱等）：
		3.家庭中其他重大支出（请描述近3年内家庭其它重大支出，例如：孩子上学、老人抚养、结婚、买房/建房、做生意等）：
其他申请救助原因		

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1.**身份证明材料：**申请人及其监护人双方户口簿和身份证复印件。如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件；

2.**病情证明材料：**由罕见病协作网医院出具的最新病情诊断证明原件（须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专业章，**科室和病区盖章无效**）；

3.**住院病案首页复印件（须加盖医院病案复印专用章）或有治疗方案的门诊病历；**

4.**若为血液系统疾病，需提交骨髓检查报告复印件；**

5.以上证明材料与本申请表一起申报，如需留存请自行复印备份。

备注：

1.协作网医院名单在卫健委官网可查询

https://www.nhc.gov.cn/yzygj/c100068/202403/e0328f505bcc47619e464148b2304dc0.shtml

2.罕见病目录在卫健委官网可查询

https://zs.kaipuyun.cn/s?token=&siteCode=bm24000006&searchWord=%E7%BD%95%E8%A7%81%E7%97%85%E7%9B%AE%E5%BD%95&button=