

附件：2

# 河南省红十字会 人福儿童关爱基金肾移植资助申请表

申请人近期照片

申请人姓名：\_\_\_\_\_性 别：\_\_\_\_\_身份证号码：\_\_\_\_\_

监护人姓名：\_\_\_\_\_与申请人关系：\_\_\_\_\_

家庭电话：\_\_\_\_\_手 机：\_\_\_\_\_

户籍所在地：\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县\_\_\_\_\_乡（镇）\_\_\_\_\_村

通讯地址：\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县\_\_\_\_\_乡（镇）\_\_\_\_\_村

邮 编：\_\_\_\_\_

申请日期：\_\_\_\_\_年 月 日

1. 该项目申请对象为 0-18 周岁患有需要手术肾移植的困难家庭患者。
2. 本申请表由申请人法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。
3. 申请人申报资料须经户籍所在地县级以上（含县级）红十字会逐级申报，并由地市级红十字会将相关信息报至河南省红十字会。
4. 本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请资料一经递交不予退回。
5. 通过审批确定的救助对象由河南省红十字会向申请人监护人寄发《资助告知书》。请申请人监护人注意查收、领取。
6. 申请人须在通过评审并获得《资助告知书》的三个月内完成手术，未在有效期内手术的申请人如仍需要资助，须提交情况说明，并按提交说明的时间重新排队待资助。非有效期内的手术费用不予资助。基金使用完毕后逢自动停止。
7. 大病救助项目为一次性救助，对已获得救助的患儿个人移植手术自费部分在 3 万元（含 3 万）以上，给予一次性救助 3 万元；自费部分在 2 万元（含 2 万）以上，不超过 3 万的，给予一次性救助 2 万元；自费部分在 1 万元（含 1 万）以上，不超过 2 万的，给予一次性救助 1 万元，每人仅限救助一次；自费部分不满 1 万元的，不予资助。
8. 对申报材料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，河南省红十字会保留依法追索救助款的权利。
9. 申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方明确责任，河南省红十字会不承担任何责任。
10. 获得救助的申请人监护人有责任和义务为配合基金宣传提供必要的文字、照片、影像等资料，并同意使用申请人照片、影像等资料。

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。

申请人监护人签名：

## 人福肾移植关爱基金资助申请表

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
家庭成员 情况	姓名	年龄	与申请人关系	身份证号		工作或学习 单位	
家庭经济 状况	户籍性质	A. 农业 B. 非农业		家庭人口总数			
	主要收入 来源						
	家庭年收入				人均年收入		
申请救助 理由							

## 申请人医疗情况简述

1. 申请人确诊时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，确诊医院：\_\_\_\_\_；
2. 预计手术时间：\_\_\_\_\_；治愈预计需要多少费用：\_\_\_\_\_；
3. 申请人是否有医疗保险？如有，具体报销比例是多少？

## 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居委会（村委）的监护关系证明原件。
2. **病情证明材料：**须提供最新病情诊断证明（盖章）。
3. 以上证明材料另附，与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。

<p>县（市）级 红十字会 初审意见</p>	<p style="text-align: right;">（单位公章） 年 月 日</p> <p>负责人签名：                      联系电话：</p>
<p>地（市）级 红十字会 初审意见</p>	<p style="text-align: right;">（单位公章） 年 月 日</p> <p>负责人签名：                      联系电话：</p>
<p>河南省红十字 会审核意见</p>	<p style="text-align: right;">（单位公章） 年 月 日</p> <p>负责人签名：                      联系电话：</p>