

附件 2

中国人口福利基金会“守护心肾·健帆同行公益项目” 申请表

患者姓名		性别		省份	
年龄		身份证号码			
手机号码		紧急联系人 号码			
确诊病型					
拟就近选择的 治疗医院			(可参考医院名单)		
是否为以下 类型	☐ 低收入	☐ 低保户	☐ 原建档立卡贫困户		
	☐ 现役及退役军人		☐ 消防员	☐ 教师	
	☐ 环卫工人		☐ 人民警察		
	备注：低收入患者，特别是原建档立卡贫困户、低保户患者，需提供相关证明材料（低收入证明/贫困证明/低保证明）；现役及退役军人、消防员、教师、环卫工人、人民警察患者需提供工作证或职业证明文件。以上情况可获得优先资助资格。				
填报人姓名					
与申请人关 系	☐ 本人	☐ 法定监护人： _____	☐ 其他： _____		
	备注：18 周岁以下患者由法定监护人进行申请填报，并提供法定监护人的户口簿本人页及身份证照片。				

患者承诺书

申请人（患者）现向中国人口福利基金会申请资助，并做出如下承诺：

一、申请人经医疗机构确诊为尿毒症，需要进行血液灌流治疗，但因经济原因既往一年内未进行过血液灌流治疗。申请人因家庭经济困难，无力承担全部医疗费用。

二、申请人自愿参加中国人口福利基金会“守护心肾·健帆同行公益项目”。

三、申请人保证在本项目申请、受助期间提供的个人信息、医学资料、诊疗费用票据的真实性和准确性。如有不实或虚假、隐瞒等情形的，申请人同意向中国人口福利基金会返还资助款，并承担相应法律责任。

四、申请人同意接受并配合中国人口福利基金会进行的信息资料核实工作。申请人同意接受一切合法形式的社会监督。

五、申请人同意中国人口福利基金会基于项目管理、执行、审计或有关监管部门核查、信息公开的目的使用申请人的个人信息、医学资料、诊疗费用票据。

（注：应当由患者本人向中国人口福利基金会提出资助申请并做承诺。患者为无民事行为能力人或限制民事行为能力人的，由其监护人提出资助申请并做承诺。患者本人申请有困难的，可以委托他人代为提出资助申请并做承诺。）

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。

患者或患者法定监护人签名：

年 月 日

中国人口福利基金会“守护心肾·健帆同行公益项目” 善款领取申请表

患者姓名		身份证号码	
手机号码		紧急联系人 号码	
银行卡户名（需与患者或患者法定监护人一致）			
银行卡卡号			
开户行			
治疗所在医院			
申请治疗次数			
备注：请确保所提供的银行卡账号使用正常。			

申请人所需提供的材料清单

1. 身份证明材料

(1) 申请患者身份证照片（正反面）；

(2) 18 周岁以下患者还需提供法定监护人的户口簿本人页及身份证照片（正反面）；

(3) 低收入患者，特别是原建档立卡贫困户、低保户患者，需提供相关证明材料（低收入证明/贫困证明/低保证明）；

(4) 现役及退役军人、消防员、教师、环卫工人、人民警察等公共服务职业的患者需提供工作证或职业证明文件。

2. 疾病证明材料

病案单、疾病证明书、出院小结等，须加盖医院公章或医务处章，诊断内容需体现尿毒症以及“既往一年未进行过血液灌流治疗”的相关字样。

3. 领取救助材料

(1) 治疗凭证：如医疗收费票据、收费明细、收费结算清单、治疗记录单等；

(2) 与申请人或法定监护人身份证信息相符的银行卡照片（需知晓户名、银行卡号、开户行支行信息）。