

## “嫣然天使基金” 资助申请表

患者照片

(唇裂患者提供正面照片，腭裂患者提供口腔内部照片)

编号：

患者姓名：\_\_\_\_\_ 性别：\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_

通信地址：\_\_\_\_\_ 省\_\_\_\_\_ 市（县）\_\_\_\_\_

联系人：\_\_\_\_\_ 电话、手机：\_\_\_\_\_

患者目前体重：\_\_\_\_\_ 邮编：\_\_\_\_\_

电子邮件：\_\_\_\_\_

申报日期：\_\_\_\_\_ 年 月 日

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

网址：[www.smileangelfoundation.org](http://www.smileangelfoundation.org)

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园58号楼B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：100015

## 申报须知

1. “嫣然天使基金”资助申请表由中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室印制并负责解释；
2. “嫣然天使基金”资助范围为贫困家庭的唇腭裂患者的首次缝和手术；
3. 患者的所有申报资料由患者或患者的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. 本申报表的递交并不表明肯定获得资助；
5. “嫣然天使基金”办公室负责所有申报资料的审核和建档工作；
6. 得到嫣然天使基金资助的唇腭裂患者，嫣然天使基金承担患者的全部医疗费用。
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，评审办公室将不予资助。
8. 获得资助的患者或患儿监护人均有责任和义务为评审办公室提供必要的文字、照片、影像等资料，配合评审办公室的宣传和采访活动，并同意使用其照片、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。

患者或患儿监护人签字：

年 月 日

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

网址：[www.smileangelfoundation.org](http://www.smileangelfoundation.org)

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园58号楼B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：100015

## 申请登记表

患者姓名		性别	
出生日期	年 月 日	民族	
户口所在地	省（市） 市（县）		
患病类型： <input type="checkbox"/> 唇裂 <input type="checkbox"/> 腭裂 <input type="checkbox"/> 唇腭裂 <input type="checkbox"/> 其它_____			
户口类型： <input type="checkbox"/> 农户 <input type="checkbox"/> 非农户			
父亲姓名		电话	
文化程度		工作性质	
母亲姓名		电话	
文化程度		工作性质	
家庭主要收入来源			
<b>家庭所在地区情况（下列情况证明由相关部门填写）</b>			
家庭年总收入		当地人均年收入	
家庭劳动力人口		家庭人口	
家庭所在地区居委会/乡（镇）政府或县级以上红十字会盖章及意见			
负责人		电话	

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

 网址：[www.smileangelfoundation.org](http://www.smileangelfoundation.org)

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园58号楼B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：100015

## 患者医疗情况简述

患者在治疗过程中的介绍：(请参考后面的附注说明,尽可能详细一些)

1. 唇腭裂是否接受过手术治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
2. 在哪家医院进行治疗? _____ 效果如何?	<input type="checkbox"/> 满意 <input type="checkbox"/> 不满意
3. 是否进行过术前正畸治疗?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 现在是否有上呼吸道感染、发热及胸腺肥大等情况?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
5. 出生时是否做过心脏筛查?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
6. 是否有先天性心脏病? 病情简述: _____ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
7. 是否接受过心脏手术?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
8. 是否患有传染性疾病?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
9. 如有其他病情,请说明。	

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话: 4008102727 15601182727

传真: 010-84721505

网址: [www.smileangelfoundation.org](http://www.smileangelfoundation.org)

通讯地址: 北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园58号楼B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编: 100015

**申请请务必提交以下文件：****附件一 贫困证明（原件）**

要求：由所在地区红十字会、乡镇政府、民政部门、村委会或者居委会（任意一方即可）出具一份家庭经济状况证明，对家庭情况及导致贫困原因进行说明，由负责人签字并盖章。

**附件二 身份证明（复印件）**

1. 患者的户口本（患者页及关系页）或医学出生证明（复印件）
2. 申请人父母（或监护人）的身份证或户口本（复印件）

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

网址：[www.smileangelfoundation.org](http://www.smileangelfoundation.org)

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园58号楼B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：100015

**附件三 患儿病情诊断（原件）**

1. 唇腭裂确诊时诊断证明（如有）
2. 相关医疗检查报告
  - a) 所在地医院出具的内科诊断书
  - b) 血常规
  - c) 心脏彩超(或者胸透)

**审核意见**

嫣然天使基金审核意见：

（盖章）

年 月 日

定点医院意见：

（盖章）

年 月 日

**注：申请人无需填写审核意见**

中国红十字基金会“嫣然天使基金”办公室

电话：4008102727 15601182727

传真：010-84721505

网址：[www.smileangelfoundation.org](http://www.smileangelfoundation.org)

通讯地址：北京市朝阳区酒仙桥路10号恒通商务园58号楼B36A座301室 嫣然天使基金收 邮编：100015