

# 中国红十字基金会 小天使基金资助申请表

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：\_\_\_\_\_省（市、区）\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县\_\_\_\_\_乡（镇）\_\_\_\_\_村

通讯地址：\_\_\_\_\_省（市、区）\_\_\_\_\_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）印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为**0-14周岁**、具有中国国籍的家庭贫困的**白血病儿童**。
3. 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。
4. 申请人申报资料须经户籍所在地县级以上（含县级）红十字会审核后逐级报省级红十字会终审，省级红十字会将相关信息报中国红基会，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**可以获得救助**，申请资料一经递交**不予退回**。
6. 通过审批确定的救助对象名单在中国红基会和申请人户籍所在地省级红十字会官方网站上公示无异议后，由省级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。
7. **批准资助的患儿监护人收到书面《资助告知书》后，必须按《资助告知书》要求签署回执并提交相关资助资料，办理资助手续合格后才能获得资助；**
8. 大病救助项目为一次性救助，对已获得一次救助的患儿**不受理重复申请**。社会定向捐助患儿、通过造血干细胞移植治疗的白血病患者除外。
9. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，中国红基会保留依法追索救助款的权利。
10. 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，中国红基会不承担任何责任。
11. 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：

年 月 日

## 小天使基金资助申请表

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	<p style="font-size: 1.2em; margin: 20px 0;">申请人或其监护人签名：</p> <p style="font-size: 1.2em; margin: 20px 0;">年      月      日</p>						

## 申请人医疗情况简述

1. 申请人确诊时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日，确诊医院：\_\_\_\_\_，  
确诊病型\_\_\_\_\_；
2. 目前就治医院：\_\_\_\_\_，治疗效果：\_\_\_\_\_；
3. 治疗花费情况：已花费\_\_\_\_\_；完成治疗预计需要多少费用：\_\_\_\_\_；
4. 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派出所开具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原件（科室、病区盖章无效）、骨髓检查报告和住院病案首页（加盖医院病案复印章；三份材料缺一不可）。
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>村委会 (居委会) 意见</p>	<p>(申请人家庭情况是否属实)</p> <p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名:                      联系电话:                      年 月 日</p>
<p>县(市)级 红十字会 初审意见</p>	<p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名:                      联系电话:                      年 月 日</p>
<p>地(市)级 红十字会 初审意见</p>	<p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名:                      联系电话:                      年 月 日</p>
<p>省级红十字会 复审意见</p>	<p style="text-align: right;">(单位公章)</p> <p>负责人签名:                      联系电话:                      年 月 日</p>