

V爱血液病公益基金申请材料目录

序号	材料内容	份数	详情
1	项目知情同意书	1	必须为原件 , 有民事行为能力的成年患者由本人签字, 未成年患者及无独立民事行为能力的患者由监护人签字。
2	项目申请表	1	需患者或监护人签字处必须签名
3	患者家庭户口本复印件	1	患者 所有 家庭成员户口本复印件
4	患者监护人身份证复印件	1	患者监护人身份证复印件(父母双方)
5	诊断证明 原件 (医生签名并加盖医院诊断证明章)	1	项目合作医院(河北燕达陆道培医院或北京陆道培医院)出具的诊断证明; 诊断证明需载明所患疾病具体类型。
6	病历首页和出院记录	1	只需提供 最近一次 病历首页和出院记录
7	收入证明 (原件)	1	1. 享有低保家庭应提供低保证复印件 2. 建档立卡贫困户需要提供相关登记证复印件 如无法提供上述材料, 需要提供村(居)乡(镇、街道)两级开具的家庭经济困难证明原件。 ¹
8	患者生活照	1	病前和病后各一张4或5寸照片
9	求助信	1	患者得病前、后家里的情况; 患者的治疗情况; 现在所处的具体困境等, 请尽可能详细描述。

注明: 递交表格和材料并不代表已经获准得到资助。

申请材料提交方式:

申请材料纸质文件请邮寄至: 北京市海淀区蓝靛厂南路 25 号嘉友国际大厦 903 室, 北京新阳光慈善基金会。

收件人: V爱基金

邮编: 100097。

联系电话: 010-88121028

¹ 如申请救助对象为北京市户籍居民, 请提交《城乡居民最低生活保障金领取证》《北京市城乡低收入家庭救助证》《特困人员救助供养证》《北京市城乡居民生活困难补助金领取证》中之一复印件办理。

V爱血液病公益基金知情同意书

一、本项目资助:

- 1、3-40 岁患白血病且需要进行造血干细胞移植手术的贫困家庭;
- 2、0-18 岁患重度再生障碍性贫血且需要进行造血干细胞移植手术的贫困家庭。

二、患者家庭需按 V 爱血液病公益基金规定的材料目录提交书面申请材料。资料不完整的,需提供相关书面说明材料,由 V 爱血液病公益基金审核。

三、患者的所有申报资料由其本人(有民事行为能力的成年患者)或其法定监护人(未成年患者或无民事行为能力的患者)负责填报,并保证所有资料的真实性和完整性。对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为,将追索其所获得的全部医疗资助,情节严重者将对之采取行政或法律手段进行诉讼。

四、本项目资金用于患者在项目合作医院接受造血干细胞移植手术所发生的医疗费用。V 爱血液病公益基金按照患者治疗进度向患者所在医院拨付资助款,如有剩余款项由医院财务处直接退回 V 爱血液病公益基金原汇款账户。

五、申请人自愿承担患者的诊断、治疗方案认定、治疗风险及救助过程中产生的救助款以外的费用。医院和患者之间的关系仅为医患关系。项目办公室及资助方对医疗救助过程中产生的医疗纠纷免责。

六、V 爱血液病公益基金将会在包括但不限于网络的媒体公示资助患者的姓名、照片、家庭经济状况、疾病及治疗状况等信息以供社会监督,提交申请即表示申请人同意对上述信息进行公示。

七、得到医疗资助的患者监护人有责任和义务提供必要的反馈材料和照片等,并同意在维护患者权益的前提下,将患者照片、录像等资料用于公益目的宣传及筹款活动。

八、V 爱血液病公益基金不向患者家庭收取任何申请费用,也不对本项目捐款收取任何管理费。对不符合救助条件的申请材料不另行通知,材料不予退回。

九、我已经认真阅读本知情同意书,并同意以上全部条款所规定的内容。

患者(或法定监护人)阅读并同意后签字:

年 月 日



V爱血液病公益基金申请表

患者姓名		身份证号				2寸 照片 粘贴
性 别		年 龄		民 族		
入院诊断				治疗方式		
诊断医院				医保种类		
患者治疗进展				目前花费情况		
户籍地址						
直系亲属姓名		身份证号			与患者关系	
患者/直系亲属联系电话	1、		2、		3、	
电子邮箱或 QQ 号码						
家庭上年度收入总计				接受过其他资助情况		
债务状况				房产及估值		
家 庭 成 员 情 况	姓名	年龄	与患者关系	职业	上年度收入总计	

我声明以上所填写内容真实。患者/直系亲属签名：_____

年 月 日