

档案编号: _____

北京新阳光慈善基金会
New Sunshine Charity Foundation



福建省地中海贫血患儿关爱2022-2025项目
经济资助申请书

申请人: _____

患者: _____

日期: _____

福建省地中海贫血患儿关爱2022-2025项目

经济资助申报材料目录

序号	材料内容	份数	详情
1	经济资助申请知情同意书	1	原件
2	经济救助申请表	1	必须为原件 1、所有信息必须真实； 2、“家庭上年度收入总计”一栏 务必填写 ； 3、确保信息真实后，抄录风险提示语并签字。
3	诊断证明（医生签名并加盖医院诊断证明章）原件	1	三级甲等医院出具的 近期 诊断证明；诊断证明中务必写清：患者姓名、疾病诊断类型、疾病危险程度（标危/中危/高危）、现治疗阶段、预计治疗时长、预计治疗花费（可选）。
4	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（加盖公章）。
5	患者及监护人身份证明复印件	1	需提供患者本人及患者监护人身份证复印件以及患者出生证明。
6	患者家庭户口簿复印件	1	患者所有家庭成员户口簿复印件（户口本页不全的情况下，需提供相关证明材料，如离婚证明、死亡证明等）。
7	患者经济情况证明（模版附后）	1	1、享受低保家庭应提供低保证复印件； 2、建档立卡贫困户应提供登记证书复印件； 3、如无以上证明亦可提供由当地街道（乡/镇）、村（居）委会出具的家庭经济情况贫困证明原件； （三者提供任意一份即可，但贫困证明需要原件，另外两项复印件即可。）

注：（1）所有材料缺一不可，递交表格和材料并不代表已经获准得到捐赠；

（2）北京新阳光慈善基金会工作人员不会收取您任何费用。

请申请人扫描下方二维码提交电子申请，申请通过后北京新阳光工作人员会通知您提交纸质申请材料。未通过申请患者不需要寄送纸质材料。



扫码提交电子申请材料



扫码添加工作人员微信（备注福建地贫）

邮寄地址：北京市海淀区蓝靛厂路25号嘉友国际大厦903室

邮编：100097

收件人：新阳光－福建地贫项目

联系电话：400-006-2988

申请经济救助知情同意书

亲爱的病友及家属：

您好！

北京新阳光慈善基金会（以下简称“新阳光”）“福建省地中海贫血患儿关爱2022-2025项目”捐赠对象为具有福建省户籍的、经济困难的患者家庭（即符合以下两条件之一的：1. 家庭上年度人均月收入不超过 2000 元或者 2. 患者本人或家庭享受当地最低生活保障、建档立卡贫困户）的地中海贫血患儿。新阳光将为符合条件的患者捐赠一定金额的骨髓移植费用。请您在收到本知情同意书时仔细阅读以下内容并签字。如您不签字，视为您放弃申请本项目的资格。

您须向新阳光或其指定人员提交以下材料：

1. **填写完整，抄录风险提示语并签名的**申请表原件一份（见附件），并**粘贴患者二寸证件照片**一张。
2. **已抄录风险提示语并签名的**资金捐赠知情同意书（本页）。
3. 患者**全家**户口簿复印件一份。
4. 患者本人及患者法定监护人（**限于未成年人的父母双方和无行为能力的成年人的法定监护人**）身份证复印件一份。
5. 三级甲等医院开具的诊断证明**原件**一份，须注明患者姓名、疾病类型、危险程度、现治疗阶段等信息。
6. 患者家庭经济情况证明文件。

如您未提交上述申请材料，视为您放弃申请本项目的资格。

您提交申请，将视为您同意以下内容：

1. 您作为本人或患者的法定监护人，保证患者符合经济资助申请条件。
2. 您须如实填报所有申请信息。对**申请条件或申报资料**中出现虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，本项目将不予捐赠；如已获捐赠，将依法追索其所获得的全部资助款。项目申请成功（即获得捐赠）之后，申请人及患者的相关信息将在**基金会官网或官方微信公众号上进行公示**。
3. 您作为本人或者患者的法定监护人，负责申请资料的填报并保证所有资料的真实性和完整性。新阳光负责申请材料的审核。如您提交的材料不合格，您应当在被告知的 15 日内补正。逾期未补正的，不再享有申请本项目捐赠的资格。
4. 提交申请资料并不代表您一定可以获得捐赠。最终捐赠与否、捐赠金额由北京新阳光慈善基金会确定并公示。申请资料一经提交，不予退回。
5. 如获得捐赠，您同意配合基金会相关宣传和采访活动，并同意新阳光将患者照片等影像资料用于公益用途的宣传。
6. 若资料齐全、并经过审核后，基金会将审批结果及时告知患者家属，并为您分配专门的对接社工进行详细沟通，撰写筹款文案，上传至筹款平台。在筹款平台获得资助款以及基金会配捐的患者家属，请在接到基金会通知后，尽快准备报销票据。基金会收到报销票据后，即会拨付资助款至患者所在的医院账户
7. **如果此捐赠涉及个人所得税，由受赠人自行申报缴纳。**

（提示：如求助者已经阅读和知悉了以上全部条款，须在以下横线上亲笔抄录：“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”）

患者监护人签名：

患者姓名：

年 月 日

福建省地中海贫血患儿关爱2022-2025项目

经济资助申请表

患者姓名		身份证号				2 寸 照片 粘贴
性 别		年 龄	确诊疾病			
确诊时间		现治疗医院	治疗方式			
现主治医生姓名		医生电话	医保种类			
患者治疗进展				花费情况		
户籍地址						
申请人姓名		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/微信号码						
家庭上年度收入总计				接受过其它资助情况		
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	

(提示: 如求助者确认所填写内容真实, 须在以下横线上亲笔抄录: “我声明以上所填写内容真实, 如出现虚假, 愿承担相关法律责任”)

申请人签名:

年 月 日

注:

1. 表格信息要求真实有效;
2. 表格尽量填写完整, 尤其是经济信息(收入、资助情况、债务状况、房产及估值)不得空缺。

附件1

福建省地中海贫血患儿关爱2022-2025项目

患者经济情况证明（模板）

北京新阳光慈善基金会：

兹有本辖区居民/村民_____，性别_____，民族_____，身份证号_____，
家庭人均月收入_____。由于患_____病，需要_____
治疗，家庭经济困难。现向北京新阳光慈善基金会申请救助。

其他需要说明的情况：

以上情况均属实，特此证明！

_____乡/镇、街道（公章）

_____村/居委会（公章）

联系人：

联系人：

联系方式：

联系方式：

_____年_____月_____日

_____年_____月_____日