

附件一

编号：

## 申 请 书

爱佑慈善基金会“爱佑-雅安伤病儿童”专项基金项目组：

我是-----（患儿姓名）的监护人。在 4.20 雅安地震中受灾严重，无力承担该儿童的全部治疗费用，现向爱佑慈善基金会“爱佑-雅安伤病儿童”专项基金救治项目组申请资助，以协助完成患儿治疗。

作为监护人，我们充分了解该医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好认定治疗方案及承担手术风险和后果的准备。我们承诺按照项目组的有关“爱佑-雅安伤病儿童”专项基金项目要求到定点医院接受治疗。我们知道，爱佑慈善基金会只在救治费用上给予我们资助，不承担救治效果、救治风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由定点医院和患者家属双方自行解决。同时，我们同意为帮助宣传该项目，爱佑慈善基金会及定点医院可以在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上无偿使用我的家庭和子女的照片，我将不对此提出异议并将积极配合项目的宣传活动。

监护人：-----（签字）

2013 年 月 日

编号:

## 审核评估表

### 一、基础资料

|        |       |       |         |      |  |
|--------|-------|-------|---------|------|--|
| 患者姓名   |       | 性 别   |         | 出生年月 |  |
| 民族     |       | 联系方式  |         |      |  |
| 家庭地址   |       |       |         |      |  |
| 监护人姓名  |       | 与患者关系 |         | 户籍类型 |  |
| 身份证号码  |       |       |         |      |  |
| 家庭成员   |       |       |         |      |  |
| 姓名     | 与患儿关系 |       | 年龄      | 职业   |  |
|        |       |       |         |      |  |
|        |       |       |         |      |  |
|        |       |       |         |      |  |
|        |       |       |         |      |  |
|        |       |       |         |      |  |
|        |       |       |         |      |  |
|        |       |       |         |      |  |
|        |       |       |         |      |  |
|        |       |       |         |      |  |
|        |       |       |         |      |  |
| 家庭年总收入 |       |       | 当地人均年收入 |      |  |

备注：职业（工人、职员、教师、公务员、个体工商户、务农、外出打工、无业、无劳动能力、其他）

本人保证上述资料正确无误，并愿意承担因虚报而引起的法律责任。

申请人签字:

申请日期:        年    月    日

## 贫困证明

村委会、乡（镇）政府审核意见（农村患儿）：

|  |                     |                     |
|--|---------------------|---------------------|
| 村委会、乡<br>镇政府<br>审核意见<br>(家庭情<br>况是否属<br>实) | 20 年 月 日<br>( 盖 章 ) | 20 年 月 日<br>( 盖 章 ) |
|--|---------------------|---------------------|

居委会、街道办事处审核意见（城镇患儿）

|   |                     |                     |
|---|---------------------|---------------------|
| 居委会、<br>街道办事<br>处<br>审核意见<br>(家庭情<br>况是否属<br>实) | 20 年 月 日<br>( 盖 章 ) | 20 年 月 日<br>( 盖 章 ) |
|---|---------------------|---------------------|

此表须附有由监护人或村委会、居委会提供的患儿家庭情况书面说明，须经村委会、乡镇政府/居委会、街道办事处审核同意、盖章有效。

## 家庭情况简介

一、 家庭经济收入来源:

二、 支出情况:

本人保证上述资料正确无误并愿意承担因虚报引起的法律责任。

申请人签字:

证明人签名: \_\_\_\_\_ 身份证: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_ 地 址: \_\_\_\_\_

证明人签名: \_\_\_\_\_ 身份证: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_ 地 址: \_\_\_\_\_

证明人签名: \_\_\_\_\_ 身份证: \_\_\_\_\_

电话: \_\_\_\_\_ 地 址: \_\_\_\_\_

时间: 20 年 月 日

## 4.20 雅安地震家庭受灾情况简介

监护人签字:

日期:

填写说明:

1、该审核评估表由患儿的监护人填写，需详细提供家庭的经济收入的来源和费用支出情况，并签字。不会写字者可找人代写，但需代笔人签名，患儿家属按手印。

2、3 位证明人需亲笔签名作证，并提供 3 位证明人的联系电话，家庭地址以及身份证号码。

3、患儿监护人需提供所有家庭成员的户口本复印件，以及监护人的身份证复印件。