

中国梦·脊梁工程手术医疗费救助申请表

患者姓名		性别		民族		出生日期	年 月 日	
学校或工作单位						月收入	元	
证明人姓名及单位						证明人电话		
患者户籍所在地	省		市		县(区)		乡镇(街道) 村(居)	
患者家庭地址							家庭人口数	
联系人电话				联系人与患者的关系?				
家庭 成 员 情 况	称谓	姓 名	年 龄	所从事的职业及地点			年收入(元)	健康状况
诊断侧弯度数		患者医保类别	自费、新农合、城镇农合、医保			县医保办电话		
您以何种方式帮助过其他未申请救助的脊柱侧弯患者? 请提供接受过您帮助的患者姓名、电话、地址、QQ号。 (基金会优先救助乐于助人者)		请在以下相关序号上打“√”号。 1、将智善公益基金会的中国梦·脊梁工程救助信息传递给他们; 2、给他们捐过款(附捐赠票据或屏幕截图); 3、其它(请简要说明)。						
患者拟选择的手术医院 在医院后面() 内划√	北京: 中国人民解放军第306医院() 北京儿童医院() 北京大学第一医院() 成都: 成都市第三人民医院() 四川大学华西医院() 广州: 南方医科大学南方医院() 中山大学附属第一医院东院区() 上海: 上海长征医院() 济南: 山东省省立医院() 西安: 第四军医大学西京医院() 武汉: 华中科技大学同济医学院附属同济医院() 沈阳: 中国医科大学附属盛京医院() 其它医院请写在括号内: ()							
医生预估手术总费用 元。本人能够自筹 元, 拟申请救助额度 元。								
本人是脊柱侧弯患者, 由于家庭贫困, 向智善公益基金会申请手术费捐助, 并保证提供的资料及附件真实, 得到捐助后按照要求向基金会提供与捐助额相符的发票, 否则, 退回全部救助金并承担相关法律责任。 患者签名: 法定监护人签名: 申请日期: 2015年 月 日								
县民政局咨询电话			乡镇政府(办事处)电话					
乡镇(办事处)民政所电话			村委会(居委)联系电话					

注: 1. 本表须用签字笔或钢笔填写。不能用铅笔、圆珠笔。2. 本表不能空项。3. 本表随同其它资料一起邮寄。