

“瑞华慈善基金会-解放军南京总医院 医疗救助项目”申请书

江苏省瑞华慈善基金会：

我是患者_____（ 家属），患者患有_____疾病，因家庭经济收入低，无力承担全部医疗费用，现向江苏省瑞华慈善基金会申请医疗救助，以协助完成患者的疾病治疗。

作为家属及患者本人，我们充分了解_____疾病作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险。我们自愿申请瑞华慈善基金会医疗救助，并承诺自觉遵守贵基金会的以下要求：

1、我们承诺，瑞华慈善基金会只在医疗费用上给予我们救助，不承担医疗效果、医疗风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由医院与患者家属双方自行解决，与瑞华基金会无关。

2、我们同意为帮助宣传，瑞华慈善基金会可以在报刊、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，我们将不对此提出异议并将积极配合基金会的宣传活动。

3、我们保证提供的所有申请资料和证明内容均真实、可靠、有效，如有虚假内容，申请人自愿退回收到的所有资助款项，并承担相关法律责任；

4、我们同意获得的医疗救助总金额（注：包括本基金会、其他机构和个人救助）不超过患者个人自费金额的100%，如有超出，我们将放弃瑞华慈善基金会救助。

5、我们同意将患者病历等相关文件提供给瑞华基金会，以供其详细了解患者的病情、治疗及康复状况。

6、我们同意积极配合基金会救助金申请流程，如果获得基金会资助，将向贵基金会提供受益确认书、本次住院全额收费票据复印件，并同意贵基金会在收费票据原件上加盖基金会资助印章（注明资助金额）。

家属/患者本人签字：_____（按手印）

与患者关系：_____

年 月 日

本申请书的递交并不代表患者已经获得基金会医疗救助，请患者家属/患者本人务必在患者出院前与医院确认是否获得资助。

该医疗救助申请不收取任何费用。如审核通过，救助款将直接拨付到患者住院医院账户。

编号: _____

“瑞华慈善基金会-解放军南京总医院 医疗救助项目”申请表

患者基本信息	患者姓名		性别		年龄		患者照片 粘贴处
	身份证号			电话			
	家庭住址				就诊科室		
	疾病诊断		费用预算		科室负责人签字		
	亲属姓名		与患者关系		亲属联系电话		
	是否接受过其他资助	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否使用医保	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	医疗保险类型	<input type="checkbox"/> 南京市医保 <input type="checkbox"/> 非南京市新农合		<input type="checkbox"/> 南京市新农合 <input type="checkbox"/> 商业医疗保险		<input type="checkbox"/> 非南京市医保 <input type="checkbox"/> 其他	
家庭主要财产及债务情况	房产情况及估值			汽车估值			
	数量(处)	总面积(平方米)	估值(万元)	数量(辆)	估值(万元)		
	家庭成员职业及年收入						
	姓名	与患者关系	职业		年收入(元)		
	注: ①填写对象包括本人、配偶、父母、子女等直系亲属。						
家庭债务情况	万元	债务明细					
<p>申请人声明: 以上所填写内容真实、完整。</p> <p style="text-align: right;">申请人签名/按手印: 申请人与患者关系: 年 月 日</p>							



庭基本情况简介（例如家庭经济收入来源：家庭主要固定收入；家庭支出方面：孩子上学、老人抚养、家庭其他成员重大疾病、家庭重大变故情况介绍等）及民政审批情况

家庭基本情况简介	
居（村）委会 审核意见	<p>（依据申请人的申请表、家庭情况及收入水平真实性给予意见） 审核意见：</p> <p>审核人签字： 村（居）委会电话（必填）： _____（盖章） 年 月 日</p>
街道（乡镇或 其他民政单 位）审核意见	<p>（依据申请人的申请表、家庭情况及收入水平真实性给予意见） 审核意见：</p> <p>审核人签字： 乡镇政府（街道办事处）电话（必填）： _____（盖章） 年 月 日</p>
医院医务部 意见	<p>审核意见：</p> <p>审核人签字： _____（盖章） 年 月 日</p>

*申请救助基金须提交的材料：

- 1、申请人的户口本、身份证、医保卡及其他证明的复印件；
- 2、患者的医院诊断证明复印件；

*上述资料如有虚假、不真实情况，本基金将不予提供资助，并追究法律责任。