

中国红十字基金会“小天使基金人道关怀金第二期项目” 资助申请表（第一次造血干细胞移植患儿）

中国红十字基金会制（2024年）

申请人（患儿） 姓名		身份证号码			
联系人		联系电话	患儿医保类型： <input type="checkbox"/> 城镇居民医保 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 无医保		
户籍地址			现住址		
家庭人均收入	元/年		患儿家庭 特殊情况	<input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 军烈属家庭 <input type="checkbox"/> 残疾家庭 <input type="checkbox"/> 孤儿	
本次移植总费用 (元)		医保报销金额 (元)		移植自费金额 (元)	
“小天使基金” 资助信息	获得“小天使基金”（含“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”）资助情况： _____年 <input type="checkbox"/> 获得资助 <u>5</u> 万元， <input type="checkbox"/> 在原来获得3万元的基础上获得 <u>2</u> 万元资助款。 受助时曾用名（若未曾改名，填“无”）：_____。				
第一次移植治疗 信息	确诊时间：_____ 病型：_____ 移植医院：_____ 供者： <input type="checkbox"/> 亲缘（关系_____）、 <input type="checkbox"/> 非血缘、 <input type="checkbox"/> 自体 移植时间：_____ 出仓时间：_____				
患者病情简述（总体治疗情况，患儿现状）： 					
本人承诺，向中国红十字基金会提交的所有项目申请资料及信息均真实有效，且愿意承担因虚报谎报而引起的任何后果。 <p style="text-align: right;">患儿监护人签名（捺手印）： _____年 月 日</p>					

说明：本申请表由患儿法定监护人负责填报（用黑色钢笔或签字笔书写），并保证所有资料的真实性和完整性。填完后请拨打联系电话：010-85594883、010-85594859，提交给小天使基金工作人员。