

档案编号: \_\_\_\_\_

**四川美望儿童关爱公益慈善基金会**  
Mei Wang Children's Care Foundation  
**“希望列车” 医疗援助项目申请表**



**美望儿童关爱基金会**  
Mei Wang Children's Care Foundation

患者姓名: \_\_\_\_\_ 性别: \_\_\_\_\_ 年龄: \_\_\_\_\_

监护人姓名: \_\_\_\_\_ 监护人联系电话: \_\_\_\_\_

长居所在地: \_\_\_\_\_ 省(市、区) \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_ 县 \_\_\_\_\_ 乡(镇) 村 \_\_\_\_\_

申请日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



经基金会医疗援助项目人员沟通后，符合援助资质的，以下申请材料电子扫描版本请**10个工作日内**发送美望基金会邮箱 **xwlc@meiwang.org.cn**，邮件标题请写“**XX 患者医疗援助申请电子材料证明**”，电子材料审核通过后，请**15个工作日内**邮寄申请材料到基金会成都办公室进行审核，审核通过后，基金会工作人员将会电话通知。

**接案人姓名：** \_\_\_\_\_ **联系电话：** \_\_\_\_\_

**推荐原因简述：** \_\_\_\_\_

### 项目申报材料目录

序号	材料内容	份数	详情
1	患者知情同意书 (附件一)	1	1.知情同意书需填写完整，不可涂改。 2.患者法定监护人是父母的情况下，必须由患者父亲或母亲签署。法定监护人非患者父母的情况下，由法定监护人签署。（签署监护人姓名）
2	患儿出生证明/患者家庭户口簿复印件	1	患者出生证明/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）。
3	患者本人或者法定监护人银行借记卡复印件（标注所属支行）	1	1) 必须为患者本人或者法定监护人银行借记卡复印件或具有收款功能的医保卡或存折，并标明开户行（开户行地址要具体到 XX 省 X 市 X 具体支行）。
4	医疗援助项目申请表(附件二)	1	必须为原件 1、所有信息必须真实； 2、“大病治疗详细经过”需写明确诊时间、主要就医经历、家庭经济实际情况等内容。
5	委托申请书（附件三）及委托人身份证及户口本复印件	1	1 如表格非患者的直系亲属——即患者的父母或法定监护人填写，需要填写委托书，并说明委托的原因，患者或者直系亲属签字确认。 此表格中的内容填写完整，完整的签字和落款日期。
6	基因检测报告复印件及药品处方复印件	1	1、二级及以上公立医院 出具的近 3 个月药品处方复印件，需要诊断医生签字； 2、基因检测报告需要正规基因检测机构或者二级及以上公立医院 出具；



7	家庭经济收入证明表及贫困证明	1	1.患儿直系亲属收入证明表应填写完整，不得作假和涂鸦，如有虚假信息将取消援助资格，并追回援助善款； 2.享受低保家庭应提供低保保证复印件或者建档立卡脱贫户应提供登记证书复印件； (如无第2项低保证明任何一项，则需要社区街道办或者村委会提供相关盖章说明原件，证明家庭贫困)
8	患者购买药品相关发票原件	1	患者购买药品以及住院诊疗、康复等支付发票原件；

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援助，工作人员需要对纸质材料进行最终审核确认。
- 2、章印清晰度问题：所有有章印材料，能够清晰辨认字体并与用章单位一致，即可作为有效章印材料。
- 3、基金会以收到纸质材料时间为准进行患者援助资格审核，如当月第二个周的星期五之前未收到纸质材料，则需要顺延到下个月进行援助资格审核。

邮寄地址：四川省成都市武侯区益州大道中段 722 号天府二街（复城国际 T2-20 楼）

邮 编：610095

收 件 人：希望列车-医疗援助项目组

联系电话：18244233187



## 申请知情同意书

亲爱的申请人：

您好！

**您须在收到拟获得项目资助通知的 10 日内需内向美望基金会提交以下材料：**

1. 已抄录风险提示语并签名的知情同意书一份（本页）；
2. 填写完整，并签名的“医疗援助申请表”原件一份（见附件）；
3. 患者出生证明/患者全家户口簿复印件一份；
4. 患者本人/监护人银行借记卡复印件（标注所属支行）一份；
5. 基因检测报告复印件及药品处方复印件 1 份；
6. 家庭经济条件证明文件。

如您逾期未提交上述申请材料，将以收到纸质申请材料日期为准开始审核，按照收到纸质材料时间依次进行审核。若当月第三周的周三之前未收到纸质材料，则顺延到下一月开始审核。

您提交申请，将视为您同意以下内容：

1. 您作为患者的法定监护人或者申请救助委托人，保证患者符合项目申请条件。
2. 您须如实填报所有申请信息。对申请条件或申报材料中出现虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，本项目将不予资助；如已获资助，将依法追索其所获得的全部资助款。
3. 项目申请成功（即获得资助）之后，申请人及患者的相关信息将在基金会官网、基金会公众号、希望列车医疗援助项目筹款项目平台（腾讯乐捐、支付宝公益等）进行资助公示。
4. 您作为患者的法定监护人或者委托人，负责申请资料的填报并保证所有资料的真实性和完整性。如您提交的材料不合格，您应当在被告知的 10 日内补正。逾期未补正的，将顺延以收到完整申请资助材料的时间按序审核开始资助，或者因材料不齐全错过资助，责任由申请人自负；
5. 提交申请资料并不代表您一定可以获得资助。最终资助与否、资助金额由四川美望儿童关爱公益慈善基金会确定并公示。
6. 如获得资助，您同意配合美望基金会相关宣传和采访活动，并同意美望基金会将患者相关照片等影像资料用于公益用途的宣传。
7. 如果此资助涉及个人所得税，由受助人自行申报缴纳。

**（提示：如申请援助的患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



## “希望列车-医疗援助项目”申请表

患者	姓名		性别		诊断病名	
	出生日期			身份证号		
监护人	姓名		与患儿关系		职业	
	电话			身份证号		
常住地址						
医保报销所在地						
医保类型		<input type="checkbox"/> 城镇职工医保 <input type="checkbox"/> 城市居民医保 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 无医保				
收款人姓名			开户银行全称			
银行账号						
患病儿童现状（可多选）		<input type="checkbox"/> 治疗中 <input type="checkbox"/> 治疗结束 <input type="checkbox"/> 残疾（失能） <input type="checkbox"/> 其他				
治疗/随访医院						
大病治疗详细经过 （确诊时间、过往 住院治疗经历等， 请填写住院资料， 例如医院名称，起 始日期，疾病诊断						



名称、医疗费用等)			
家庭成员状况 (家庭成员人数、工作及生活情况)			
审核情况	经审核, 该患儿符合“希望列车-SMA 患者再救助”项目救助要求, 同意发放救助金额_____元。  单位 (盖章) : 四川美望儿童关爱公益慈善基金会  年 月 日		
填表日期		申请人签字	



## 委托申请书 (非监护人申请需要填写)

委托人: \_\_\_\_\_ 身份证号码: \_\_\_\_\_

联系方式: \_\_\_\_\_

受委托人: \_\_\_\_\_ 身份证号码: \_\_\_\_\_

联系方式: \_\_\_\_\_

委托人和受委托人关系: \_\_\_\_\_

本人因 \_\_\_\_\_ 原因,

特此委托受托人 \_\_\_\_\_, 作为患者 \_\_\_\_\_ 的救助申请人, 代表患者法定监护人申请四川美望儿童关爱公益慈善基金会的医疗援助。

受委托人在其授权范围内签署的所有相关文件均由本人批准, 受委托人所提供的所有相关证件、资料均真实有效, 本人对受托人在办理上述事宜过程中签署的相关文件予以认可并承担相应的法律责任。

受委托人无转委托权的权利。

委托人 (签名、手印): \_\_\_\_\_

受委托人 (签名、手印): \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



### \_\_\_\_\_ 患儿 直系亲属收入证明 (1)

姓 名： 性别： 年龄： 与申请人的关系：

固定电话： 手机：

**以下请您如实填写目前工作情况（无工作请注明目前情况及原因）**

工作单位：

工作职位：

工作时间：自 年至 年

**上年度总收入 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）**

**本年月平均收入 元**

证明人签字：

证明部门盖章：

证明人职务：

证明人联系电话（座机）：

日期 年 月 日

### \_\_\_\_\_ 患儿 直系亲属收入证明 (2)

姓 名： 性别： 年龄： 与申请人的关系：

固定电话： 手机：

**以下请您如实填写目前工作情况（无工作请注明目前情况及原因）**

工作单位：

工作职位：

工作时间：自 年至 年

**上年度总收入 元（年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入）**

**本年月平均收入 元**

证明人签字及盖章：

证明部门盖章：

证明人职务：

证明人联系电话（座机）：

日期 年 月 日

1、此援助项目为医疗慈善援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写，如经调查有不实或隐瞒，将取消援助，情节严重者将负法律责任。

2、上述表格中所有内容必须字迹清晰、无填写完整。



美望儿童关爱基金会  
MeiWang Children's Care Foundation