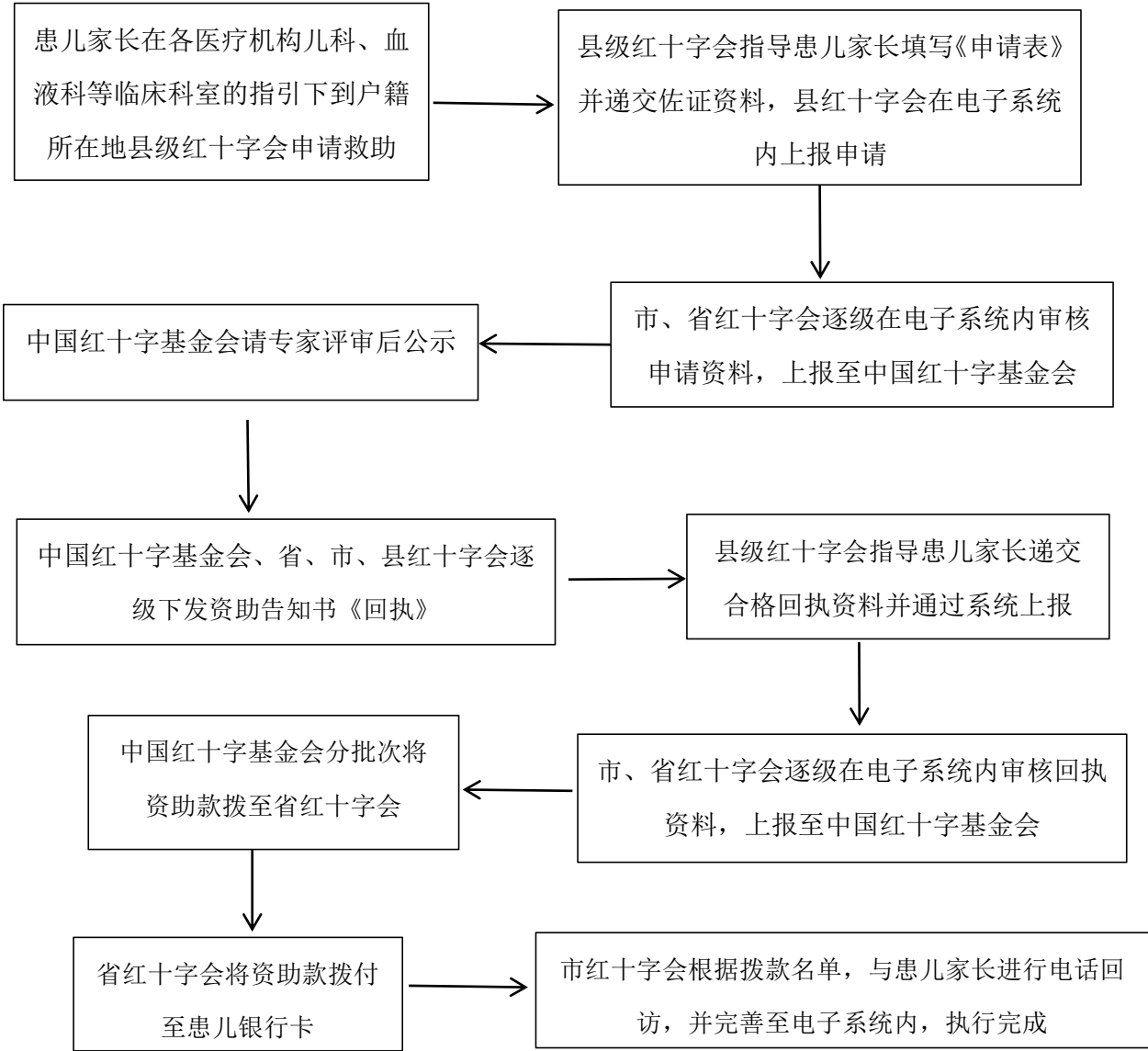


流程图 1

“中央彩票公益金大病儿童救助项目” 白血病儿童资助流程图



遂宁市各级红十字会联系方式（市直园区至船山区红十字会）

遂宁市红十字会	地址：船山区遂州北路 68 号	责任人：任虹静	0825-2213122
船山区红十字会	地址：船山区藕园巷 16 号	责任人：余 琪	0825-2280077
安居区红十字会	地址：安居区安居大道中段 284-1 号	责任人：张 勤	0825-8665789
射洪市红十字会	地址：射洪市文艺巷 31 号	责任人：刘洪梅	0825-3212303
蓬溪县红十字会	地址：蓬溪县蜀北下路 25 号	责任人：谭 勇	0825-3206228
大英县红十字会	地址：大英县卓筒大道 79 号	责任人：王 坤	0825-7832955

中央彩票公益金大病儿童救助白血病项目申请资料清单

- ☐ 申请表 1 份（内容须真实填写完整，监护人签名或手印，各级审核部门审核意见及公章）
- ☐ 患儿、父母双方户口复印件各 1 份（如一家三口不在同一户口上需+患儿出生医学证明）
- ☐ 父母双方身份证正反面复印件各 1 份（如父母离异、一方过世等其他特殊情况，请附离婚证复印件、死亡证明复印件或火化证明复印件）
- ☐ 患儿病情诊断证明原件 1 份。（证明出具时间为当年近 3 月且盖有医院病情诊断证明专用章或医院公章或医院医务处的鲜章，不能使用出院证明代替）
- ☐ 住院病案首页 1 份（诊断需与白血病相关、申请当年住院，加盖医院公章或病案复印件）
- ☐ 骨髓报告 1 份（诊断需与白血病相关、申请当年检查，加盖医院公章或病案复印章）
- ☐ 承诺书 1 份（需手写，父母双方都签字并按手印）

移植申请:

- ☐ 移植申请表 1 份(医生签名和医院公章,与移植发票应为同一医院)
- ☐ 配型报告 1 份（自体移植无配型报告，须医生注明相关情况）
- ☐ 移植发票（时间与移植申请进出仓时间要吻合且单张金额在 10 万元以上。）复印件 1 份
- ☐ 移植手术出院证明原件 1 份（时间与移植申请进出仓时间要吻合）

中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”
白血病儿童资助申请表

申请人近期照片

申请人姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

身份证号码：_____

监护人姓名：_____与申请人关系：_____

手机号码：_____

户籍所在地：_____省（市、区）_____市_____县_____乡（镇）_____村

通讯地址：_____省（市、区）_____市_____县_____乡（镇）_____村

邮编：_____

申报日期：_____年_____月_____日

申报须知

1. 本申请表由中国红十字基金会(简称中国红基会)根据《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病儿童资助管理暂行办法》印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为 0-18 周岁确诊为白血病的中国籍儿童。
3. 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。
4. 申请人申报资料须经患儿户籍所在地县级以上(含县级)红十字会审核后逐级报省级红十字会/基金会审核,最后报至中国红基会,中国红基会不直接受理个人提交的资助申请。
5. 本申请表的递交并不代表可以获得救助,申请资料一经递交不予退回。
6. 通过审批确定的受助患儿名单在中国红基会和其户籍所在地省级红十字会/基金会官方网站上公示无异议后,由省级红十字会/基金会向患儿法定监护人发放《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病儿童资助告知书》(以下简称“资助告知书”),并提醒患儿法定监护人注意查收。
7. 患儿法定监护人收到资助告知书后,须按要求填写回执并提交相关资料,资料合格后才可获得资助资格;
8. 本项目为一次性救助,患儿在获得该项目资助资金前去世或痊愈,或已通过中国红基会获得其它渠道的资助,则终止资助;
9. 患儿资助款将通过财政部授权方式拨付至患儿账户或其就诊的定点医疗机构。如拨付至患儿账户的,请患儿监护人务必填写正确的银行卡信息,确保:1)银行卡户名为患儿真实姓名;2)银行卡为“一类卡”(在同一家银行办理的首张借记卡);3)银行卡三个月内有资金往来,卡状态为激活状态。由于银行卡相关问题导致的资助款拨付不成功或延迟,中国红基会不承担任何责任,并有权优先拨付资助款至银行卡正确的患儿账户。
10. 对申报资料中出现的隐瞒、虚假、伪造等行为,一经发现,将不予救助;如已获救助,中国红基会保留依法追索救助款的权利。
11. 中国红基会只在医疗费用上给予受助患儿支持,在医疗过程中出现的任何医疗风险,均由医患双方明确责任、自行协商解决,中国红基会不承担任何责任。
12. 为配合项目宣传,受助患儿及其法定监护人有责任和义务向中国红基会提供并授权使用必要的照片、文字、视频、影像等相关资料。

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。

患儿法定监护人签名:

年 月 日

中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”

白血病儿童资助申请表

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
患儿医保类型	☐ 无 ☐ 医保 ☐ 新农合			患儿商业医疗保险	☐ 有 ☐ 无		
报销比例	医保_____%; 新农合_____%; 商业保险: _____%。						
确诊时间				确诊医院			
确诊病型							
总花费				自付金额			
申请其他公益基金资助情况	☐ 无 ☐ 有, 公益组织的名称: _____						
家庭成员情况	姓名	年龄	与患儿关系	身份证号	职业		
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)							
	户籍性质	☐ 农业 ☐ 非农业		家庭人口总数			
	是否为以下类型	☐ 低保户 ☐ 残疾家庭 ☐ 军烈属家庭 ☐ 孤儿					
		备注: 低保、军烈属、残疾人家庭的患儿, 需提供低保证、军烈属证、残疾人证(复印件); 孤儿需提供当地民政局或福利院证明。以上情况可获得优先资助资格。					
	住房情况	☐ 仅有一套自住房 ☐ 有一套以上房产 ☐ 无					

家庭经济状况	主要收入来源			
	家庭年收入		家庭劳动力人数 (几个人有收入)	
	家庭经济状况	家庭支出情况	1. 近 3 年内，家庭成员重大疾病情况介绍（仅介绍需供养的亲属，列明病种及花费）：	
2. 近 3 年内，家庭重大变故情况介绍（时间、事件、花费金额，重大变故举例：车祸、火灾、自然灾害、意外伤害、家庭成员出走、入狱等）：				
3. 家庭中其他重大支出（请描述近 3 年内家庭其它重大支出，例如：孩子上学、老人抚养、结婚、买房/建房、做生意等）：				
其他申请救助原因				

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1. 申请患儿的户口簿本人页复印件;
2. 申请患儿法定监护人的户口簿本人页复印件、身份证复印件;
3. 最新病情诊断证明原件(须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章, 科室和病区盖章无效);
4. 住院病案首页复印件(须加盖医院病案复印专用章);
5. 骨髓检查报告复印件。

说明: 如户口簿无法证实监护关系的, 须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件。

以上证明材料另附, 请与本申请表同时提交。如需留存请自行复印备份。

中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”

造血干细胞移植资助申请表

申请人姓名		身份证号		申请时间	
联系方式				移植费用	
是否获得过资助	是否获得中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病资助： ☐ 是，获得资助金额_____万元，获得资助时间：_____年； ☐ 否。				
造血干细胞移植 就诊医院 意见	说明：<u>需注明入仓、出仓时间，须加盖医院公章或医务处章或医院疾病诊断证明专用章，科室和病区盖章无效。</u> （医院盖章） 主治医生（签名）： 年 月 日				

说明：造血干细胞移植配型报告复印件需与本表一同提交。

承诺书

(模板，必须全手写，承诺人签字按手印)

本人承诺：本人是 XXX 的法定监护人，现因家庭经济收入已无法承担 XXX 的医疗费用，故申请彩票公益金白血病项目救助，本人在《中国红十字基金会“中央专项彩票公益金大病儿童救助项目”白血病儿童资助申请表》中所填内容全部属实;本人愿意承担一切因申报资料中出现的虚假伪造或隐瞒等行为所产生的法律责任 ;并退回所获资助金。

承诺人：

时 间：

中央彩票公益金大病儿童救助白血病项目回执资料清单

- ☐ 资助告知书《回执》1份（内容须填写完整，监护人签名或手印，彩打、黑白打印均可）
- ☐ 患儿户口复印件各1份
- ☐ 患儿银行卡（正反面）和监护人身份证（正反面）须复印件1份。（以患儿名字开立的一类银行卡，患儿银行卡和监护人身份证须复印到同一面A4纸上，监护人签字并按手印）
- ☐ 患儿病情诊断证明原件1份。（证明出具时间为当年近3月且盖有医院病情诊断证明专用章或医院公章或医院医务处的鲜章，不能使用出院证明代替）
- ☐ 患儿医疗票据（医疗票据自费部分累计不低于资助金额，且当年票据累计不低于1000元）：

①类型一：没有经过报销的住院票据：

住院医疗发票（第一联）原件。发票须信息完整（患儿名字、入出院时间、科室在血液科或者诊断含“白血病”），如信息不完整需附上本次住院的出院证明（出院证明原件、复印件均可）

②类型二：经过社保部门报销后的票据：

社保部门结算单原件+住院医疗发票（第二联）复印件。结算单或者发票须信息完整（患儿名字、入出院时间、科室在血液科或者诊断含“白血病”），如信息不完整需附上本次住院的出院证明（出院证明原件、复印件均可）

③类型三：经过社保部门和商业保险公司报销后的票据：

商业保险结算单原件+社保部门结算单复印件（需加盖商业保险公司的章）+住院医疗发票复印件（需加盖商业保险公司的章）

④类型四：其他救助部门救助后的票据：

其他救助部门出具的医疗救助证明原件+被收相对应医疗发票复印件（需加盖出证明单位的章）+被收社保结算单复印件（需加盖出证明单位的章）

⑤类型五：门诊票据原件（门诊票据累加自费金额不超过5000元，且单张自费金额不低于100元）如不能反映出与白血病治疗相关，需补充增加相对应的门诊病历（门诊病历原件、复印件均可）

特殊情况：

①如患儿递交回执时已实施了移植手术，回执资料可连同移植申请一并提交并准备5万元合格自费票据。市红十字会联系省红十字会拟将资助金额3万元更改为5万元，可让患儿少走移植补充性资助2万元流程。

②如患儿3万元回执已上报，在等待3万元拨款期间，如实施了移植手术，可在递交移植申请的同时递交2万元合格自费票据，市红十字会联系省红十字会核准后可将拨款金额3万元改为5万元，可让患儿少走移植补充性资助2万元流程。