

萌芽计划第七期之 2022 “医百工程” 同行动项目

申请书

- 本申请书只接受患儿监护人直接向湖南省湘雅医学与健康基金会提交申请，并由监护人填写《萌芽计划第七期之 2022 “医百工程” 同行动项目申请书》；
- 申请表由患儿监护人填写，申请资料必须如实提交，凡提交虚假材料或不如实提交所需材料者，将取消其配捐资格；对于已拨付配捐的，将追索其善款；情节严重者将对其采取行政或法律手段进行诉讼；
- 作为资助患儿的监护人，有责任和义务监督善款全部用于患者的康复治疗，不得发生获得善款后放弃治疗或针对善款的私自挪用、盗用、骗用等行为。如若发生，雅医基金会不承担任何法律责任；
- 患儿监护人申报资料提交后，不代表雅医基金会会承担患儿全部医疗及生活助困费用。申请表格及所有资料一经递交不予退回；
- 本申请书的递交并不代表已经获得配捐资助，由雅医基金会专家委员会评审进行最终审核，审核通过后提交《救助资金申领表》，善款来源于北京微爱公益基金会“共助妇儿救助项目”，救助款将由北京微爱公益基金会拨付至雅医基金会，由雅医基金会直接拨付到定点救治医院；
- 本申请书仅用于萌芽计划第七期配捐资助申请。

删除：六

申请书纸质版请准备一式二份，交至湖南省湘雅医学与健康基金会办公室。

办公地址：湖南省长沙市开福区湘雅路中南大学湘雅医院 2 办公楼 205 室

联系人：蔡望 0731-89753398 19973127931（微信同号）

萌芽计划第七期之 2022 “医百工程” 同行动项目配捐申请表格

1. 基本信息					
患儿姓名		性别		出生年月日	
户籍所在地				民族	
患儿身份证号码					
联系方式	父亲或母亲				
	其他亲戚（请注明）				
所患疾病					
医保类型		自费金额 (不含报销、社会救助)			
监护人姓名		与患者关系		户籍类型	☐ 城镇户口 ☐ 农村户口
监护人身份证号码			监护人联系方式		
患儿所在治疗医院 及所在科室			医院社工签字		
2. 家庭成员（须提供家庭成员户口本及身份证复印件一并附至材料后）					
姓名	与患儿关系	年龄	文化程度	职业	

备注：1. 本申请表仅作为萌芽计划配捐申请；2. 本人保证上述资料准确无误，并愿意承担因虚报而引起的法律责任。

申请人（监护人）签字并按手印：

医院推荐人签字：

申请时间： 年 月 日

3、其他情况说明

内容包括： 患儿患病过程；求医过程；家庭情况，面临的主要困难；患儿治疗进展；是否有接受其他救助，受助金额为多少元。（例如 XX 基金会援助 XX 元，XX 网络筹款平台筹集善款 XX 元等）	
基金会意见	
专家意见	

备注：： 本人保证上述资料准确无误，并愿意承担因虚报而引起的法律责任。

4、相关资料

以下资料将作为萌芽计划第五期专家组评估申领资格的重要依据，请各位申请人认真、如实、完整的填写。若申请人为军人、烈士三代内直系后裔，需提供相关证明附件。具体需提交材料如下：

- (1) 患儿生活照片（患儿照片为近期半年内照片）
- (2) 患儿及监护人户口本复印件、患儿出生证明、监护人身份证
- (3) 家庭困难证明
- (4) 疾病诊断证明（原件）
- (5) 医疗费用单据（配捐额度相同的发票原件）
- (6) 患儿自筹结束后筹款链接截图（详细展示自筹金额、筹款状态）