

无锡明心心脏病救助基金会心脏病手术治疗项目 资助申请书

无锡明心心脏病救助基金会：

我是患者（姓名）_____，患有心血管疾病，因家庭贫困，无力承担全部手术费用，现向无锡明心心脏病救助基金会申请资助。

作为患者及患者家属，我们充分了解心血管疾病手术作为诊疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好认定手术方案及承担手术风险和后果的准备。我们明确，无锡明心心脏病救助基金会仅在手术费用上给予我们资助，不承担手术效果、手术风险等各方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由医院和患者家属双方自行解决。

同时，我们同意积极配合无锡明心心脏病救助基金会在报刊等各类媒体上开展项目的宣传活动。

患者（或监护人）：_____（签字）

20 年 月 日

无锡明心心脏病救助基金会资助申请表

编号：

年 月 日

| | | | | |
|--------------|--------|----------------|--------------------|-------|
| 姓 名 | | 出生年月 | | 近期证件照 |
| 性 别 | | 年 龄 | | |
| 电 话 | | 职 业 | | |
| 身份证号码 | | 家庭人口 | | |
| 工 作 单 位 | | 家 庭 住 址 | | |
| 患者亲属 | | 亲属电话 1 | | |
| 与患者关系 | | 亲属电话 2 | | |
| 患者亲属 工作单位 | | 家庭上年度 总 收 入 | | |
| 房产及估值 | | 交通工具及 估 值 | | |
| 银行账号 | | 开户名 开户行 | | |
| 何种低保 | | 低保证编号 | | |
| 是否参保 | 职工医保编号 | | 医保管辖 地（省市 县） | |
| | 居民医保编号 | | | |
| | 农合疗证号 | | | |

困难情况：

申请人或监护人（签名）：

年 月 日

乡镇（街道
办）意见

县（市区）民
政部门意见

证明人信息

（请提供至少两位非亲属证明人，能够证明你在此表格中填写的相关情况属实）

| | | | |
|----------|--|-------|--|
| 证明人 1 姓名 | | 身份证号码 | |
| 联系电话 | | 家庭住址 | |
| 证明人 2 姓名 | | 身份证号码 | |
| 联系电话 | | 家庭住址 | |

| | | | | | |
|----------|-----|----------|--|--------|----------------------|
| 医院诊断意见 | | | | | |
| 入院日期 | | 手术日期 | | 出院日期 | |
| 医院诊治费用 | | 基金会拟资助费用 | | 患者自付费用 | |
| 项目管理小组意见 | 年月日 | 批准资助金额 | | 批准资助序号 | 20 年 第 号 【总 号】 |

注：1、此表由申请者如实填写，一式二份，盖章有效。

- 2、请附资料（复印件）：身份证 住院病历 住院费用发票
银行卡 医保（农合）报销凭证 低保证

注：身份证、住院病历、发票、银行卡、医保（农合）报销凭证复印件必须提供

3、代申请者请在备注中说明与救助对象关系，并附身份证复印件。

4、申请者请填写 1-3 页，余下部分由医院和基金会填写。

5、该项目申请不收取任何费用，但提交申请表并不意味着一定会得到救助，请您知悉。如审核通过，申请者结清医疗诊治费用和完成医保（农合）报销后，救助款将直接拨付到其个人（或法定监护人）账户。