

二十一世纪公益基金会 救助申请表

患者姓名：_____性别：_____出生日期：_____年____月____日

通信地址：_____省_____市（县）_____

联系人：_____电话、手机：_____

体重：_____邮编：_____

电子邮件：_____

申报日期：_____年____月____日

申 请 须 知

1. 二十一世纪公益基金会救助申请表由二十一世纪公益基金会批准、二十一世纪公益基金会设计并负责解释；
2. 二十一世纪公益基金会救助对象为家庭贫困的患者；
3. 患者的所有申报资料由患者或法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；
4. 本申报表的递交并不表明肯定获得救助；
5. 负责所有申报资料的审核和建档工作；
6. 得到“二十一世纪公益基金会”救助的贫困患者，救助医疗机构将根据网络海选结果为患者提供免除全部或部分医疗费用或协调全国知名专家组成的专家组的免费会诊服务（不承担患者的路费、餐费）。
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，报请二十一世纪公益基金会批准后将不予救助，已经救助的将终止救助。保留追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将依法追究法律责任；
8. 获得救助的患者或监护人有责任和义务为提供必要的文字、照片、影像等资料，配合的宣传和采访活动，并同意使用其照片、影像等资料。
9. 二十一世纪公益基金会拥有本次救助活动的最终解释权。

我确认已经阅读并同意以上全部规定。

患者或监护人签字：

年 月 日

申请登记表

患者姓名		性 别	
出生日期	年 月 日	民 族	
户口所在地	省（市） 市（县）		
身份证号			
病情诊断 （类型）			
家庭所在地区情况			
家庭年总收入		家庭人口	
家庭劳动力人口		当地人均年收入	
救助金额			
救助医院意见：			
(盖章) 年 月 日			

患者医疗情况简述

患者对前期治疗过程的说明： (尽可能详细)
患者或监护人求助陈述：

附件一 身份证明

申请人的户口或身份证明粘贴处：

申请人（或监护人）的身份证和户口证明：

附件二 患者病情诊断

患者确诊时的诊断证明：

相关医学检查报告：

收费单据：

附件三 相关审批

申请人本人或监护人银行卡号粘贴处：

开户行：

开户名：

帐 户：

基金会秘书处批复意见：

基金会秘书长：_____（签字）

救助金额：_____元；_____次拨付。

其他：

基金会财务部门支付凭据粘贴处：