

档案编号：\_\_\_\_\_



爱尔公益基金会  
AiEr FOUNDATION

# 爱尔向日葵计划

## 救助申请表

类别： 医疗费用资助       康复训练费用资助

患儿姓名：\_\_\_\_\_性别：\_\_\_\_\_年龄：\_\_\_\_\_民族：\_\_\_\_\_

家庭住址：\_\_\_\_\_

监护人姓名：\_\_\_\_\_与患儿关系\_\_\_\_\_

监护人联系电话：\_\_\_\_\_

填表日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日

## 申请须知

### 1、救助对象。

(1) 资助对象为各地民政部门认可的城乡低保家庭或建档立卡贫困家庭的 3-8 岁的脑瘫患病儿童；

(2) 福利机构收养的患儿优先资助；

(3) 军、烈属贫困家庭的患儿优先资助。

### 2、救助病种。

救助病种为：痉挛型脑瘫、手足徐动型脑瘫、僵硬型脑瘫、共济失调型脑瘫、混合型脑瘫。

3、救助金额标准：城镇居民基本医疗/新农合报销后的自费部分由本项目予以资助，医疗费用资助上限不超过 2.5 万元，康复训练费用资助上限不超过 2 万元，超出部分由患儿家庭自行承担（治疗花费金额以医院出具的医疗收据为准）。

4、患儿的所有申报材料由其法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。如申报材料中出现的虚假、伪造或隐瞒等情况，一经发现，将不予资助。已经接受救助的，将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将对之采取行政或法律手段进行诉讼。

5、申请表的递交并不代表已经获准得到医疗救助，申报资料的审核和审批工作由北京爱尔公益基金会“爱尔向日葵计划”项目办公室负责；

6、患儿诊断、治疗方案认定以及治疗后果由患儿监护人承担，具体按医院有关规定执行，“爱尔向日葵计划”及北京爱尔公益基金会在医疗救助中免责；

7、得到医疗资助的患儿监护人有责任和义务提供必要的反馈材料和照片等，在维护患儿权益前提下同意使用照片、录像等资料用于公益目的宣传；

8、在申请资助期间如家长提出不再申请资助的，本申请文件即刻作废，并由“爱尔向日葵计划”项目办公室统一销毁；

9、已经获准得到医疗救助的，因各种原因最终未能接受手术或康复训练的，将取消资助。

10、得到“爱尔向日葵计划”项目资助的脑瘫患儿，在医院或康复机构治疗后，相关款项将凭医院开具的医疗费用收据及《费用结算单》到“爱尔向日葵计划”项目办公室报销，款项直接拨付至该医院或机构，所有款项不拨付至受助人个人账户。

11、本申请表由北京爱尔公益基金会“爱尔向日葵计划”项目办公室负责解释。

我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有申请规定。

患儿监护人签字：

年 月 日

表 1-1:

### 患儿基本信息表

|             |  |    |  |        |  |
|-------------|--|----|--|--------|--|
| 患儿生活照（正面全身） |  |    |  |        |  |
| 患儿姓名        |  | 性别 |  | 出生日期   |  |
| 身份证号        |  |    |  | 户口类型   | <input type="checkbox"/> 城镇居民<br><input type="checkbox"/> 农村 <input type="checkbox"/> 其他 |
| 户籍住址        |  |    |  |        |  |
| 监护人姓名       |  | 关系 |  | 联系方式 1 |  |
| 身份证号        |  |    |  | 联系方式 2 |  |
| 紧急联系人 1     |  | 关系 |  | 联系方式   |  |
| 紧急联系人 2     |  | 关系 |  | 联系方式   |  |
| 是否参加社会医疗保障  | <input type="checkbox"/> 城镇居民基本医疗 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 无医疗保障<br><input type="checkbox"/> 其他 |    |  |        |  |
| 是否接受过其他社会援助 | <input type="checkbox"/> 是<br>-受资助日期:<br>-资助机构(个人):<br>-资助金额:<br><input type="checkbox"/> 否                                  |    |  |        |  |

表 1-2:

### 患儿家庭情况

(申请人填写)

|                     |  |              |                   |
|---------------------|--|--------------|-------------------|
| 家庭年度总收入             |  | 家庭人均年收入      |                   |
| 家庭人口                |  | 家庭劳动力人口      |                   |
| 是否符合右表所列情况<br>(可多选) | <input type="checkbox"/> 建档立卡贫困户   | 档案编号         | 注: 须提交复印件, 并核验原件。 |
|                     | <input type="checkbox"/> 低保户   | 低保证编号        |                   |
|                     | <input type="checkbox"/> 军烈属家庭   | 军烈属证编号       |                   |
|                     | <input type="checkbox"/> 福利院收养儿  | 福利机构名称及联系方式: |                   |
| 患儿监护人求助申请           | (请详细描述求助理由, 可另附家庭情况说明)   |              |                   |
| 家庭所在地村(居)委会         | (不符合上述所列情况的困难家庭或无法提供原件核验的申请人须填写本栏)<br>兹证明:<br><br><br>证明人签字: _____ (盖章)<br>年 月 日 |              |                   |
| 家庭所在地乡镇/街道办事处       | (不符合上述列明情况的困难家庭或无法提供原件核验的申请人须填写本栏)<br>兹证明:<br><br><br>证明人签字: _____ (盖章)<br>年 月 日 |              |                   |

表 1-3:

### 病情简述

|              |   |                  |      |      |  |
|--------------|---|------------------|------|------|--|
| 确诊病症         |   |                  |      |      |  |
| 发病时间         |   | 确诊时间             |      | 确诊医院 |  |
| 治疗情况         | 曾治疗医院   |                  |      | 治疗日期 |  |
|              | 曾治疗医院   |                  |      | 治疗日期 |  |
|              | 曾治疗医院   |                  |      | 治疗日期 |  |
| 康复训练情况       | <input type="checkbox"/> 机构康复（累计时间：                      ） <input type="checkbox"/> 家庭训练 <input type="checkbox"/> 未接受康复训练 |                  |      |      |  |
|              | 康复简历  | 自：        年    月 | 康复机构 |      |  |
|              |   | 至：        年    月 |      |      |  |
|              |   | 自：        年    月 | 康复机构 |      |  |
|              | 至：        年    月  |                  |      |      |  |
| 患儿是否患有其他重大疾病 | <input type="checkbox"/> 否<br><input type="checkbox"/> 是<br>疾病简述（如选“是”，必须如实说明）  |                  |      |      |  |

作为                      （患儿姓名）的法定监护人，本人基于孩子自身情况及对脑瘫手术要求的了解，本着自愿原则，特向北京爱尔公益基金会“爱尔向日葵计划”提出救助申请，并同意在项目指定医疗机构进行相关诊疗。本人承诺本表所填内容及提交的相关资料真实完整，并承担相应的法律责任。

监护人签名：

签字日期：

## 随表提交资料

| 序号 | 文件、资料                                    | 备注                |
|----|--|-------------------|
| 1  | 患儿及法定监护人户口簿复印件                           | 须核验原件             |
| 2  | 患儿身份证/出生证复印件                             | 须核验原件             |
| 3  | 患儿法定监护人身份证复印件                            | 须核验原件             |
| 4  | 患儿残疾人证书复印件                               | 须核验原件             |
| 5  | 家庭情况/贫困证明原件                              | 须由村（居）委会、街道（乡镇）盖章 |
| 6  | 建档立卡户复印件<br>低保证复印件<br>军烈属证书复印件           | 须核验原件             |
| 7  | 诊断证明、病历、检查材料、影像学检查报告等复印件（CT 或核磁检查报告单复印件） |                   |

单 位：北京爱尔公益基金会“爱尔向日葵计划”项目办公室

联系人：艾晓宇 刘萌

电 话：010-62871560

邮 箱：aier@ae-foundation.com

地 址：北京市海淀区玉带路6号院1号楼



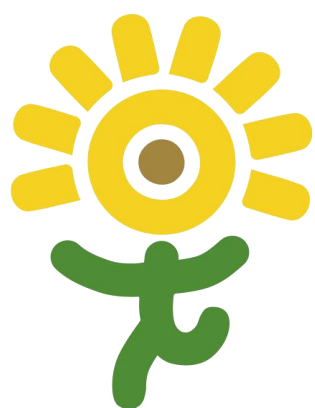
表 1-4:

审核意见

|   |  |
|---|--|
| <p>定点医疗机构对<br/>申请资助患儿的<br/>病情做出说明</p>             | <p>患者经确诊为:</p> <p>病情描述:</p> <p>治疗建议:</p>   |
| <p>定点医疗机构对<br/>申请资助患儿的<br/>健康及智力发育<br/>水平做出说明</p> | <p>该患者经检查:</p> <p>脑瘫之外的其他重大疾病、残疾: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有<br/>描述:</p> <p>智力发育缺陷: <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有<br/>描述:</p> |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <p>主治医师<br/>意见</p>             | <p>签字：_____年 月 日</p>                             |
| <p>手术专家<br/>意见</p>             | <p>申请手术救助的，由手术专家签署意见。</p> <p>签字：_____年 月 日</p>   |
| <p>康复医师<br/>意见</p>             | <p>申请康复训练资助的，由康复医师签署意见。</p> <p>签字：_____年 月 日</p> |
| <p>定点医疗机构<br/>审核意见</p>         | <p>(盖章)</p> <p>审核人签字：_____年 月 日</p>              |
| <p>“爱尔向日葵计划”项目办公室<br/>审核意见</p> | <p>(盖章)</p> <p>审核人签字：_____年 月 日</p>              |
| <p>实施情况</p>                    |  |





爱可以创造奇迹

爱尔向日葵计划



爱尔公益基金会  
AIEF FOUNDATION