

求助申请表

患者病前及病后生活照

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

通信地址：_____市_____县（区）_____

联系人：_____电话/手机：_____

电子邮件：_____

申报日期：_____年____月____日

广东省富迪慈善基金会
官网：www.foryoucf.com
电话：020-22091834

地址：广州市越秀区东风中路 389 号
邮编：510110
邮箱：foryoucf@foryou-china.com

申报须知

1. 本申请表由广东省富迪慈善基金会制作，解释权归广东省富迪慈善基金会；
 2. 救助范围为贫困地区重大疾病患者；每人仅救助一次；
 3. 资助标准：由广东省富迪慈善基金会审核决定；
 4. 申报资料由患者本人或患者监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；申报材料经审核批准后方可获得相应的救助；
 5. 递交申请不代表已通过审核而获得救助资格；
 6. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，广东省富迪慈善基金会将追回其所获得的全部资助款，情节严重者将依法追究法律责任；
 7. 所有得到资助的患者及其监护人均有责任和义务为基金会或捐助方提供必要的文字、照片、影像等材料；
 8. 所有得到资助的患者及其监护人均有责任和义务配合广东省富迪慈善基金会进行公益宣传和采访活动，并同意无偿使用照片、影像等资料。
- 我确认已经阅读和理解了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患者本人或其法定监护人签字(手印): _____ 年 月 日

资助申请表

患者姓名		性别	
出生日期	年 月 日	民族	
身份证号			
户口所在地	(市) (县/区)		
家庭经常居住地			
病情诊断			
医疗费用预算		主治医师	
当地新农合或城镇居民医保对此病的补偿金额或比例			
初期住院时间	年 月 日至 年 月 日		
近期住院时间	年 月 日至 年 月 日		
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	
家庭经常居住地居委会或乡(镇)政府			
负责人		电话	

患者医疗情况简述

广东省富迪慈善基金会
 官网: www.foryoucf.com
 电话: 020-66811838

地址: 广州市越秀区东风中路 389 号
 邮编: 510110
 邮箱: foryoucf@foryou-china.com

患者治疗过程的介绍：(请参考附注说明，尽可能详细)

1. 现在是否住院治疗?
2. 患者是什么时候确诊的? 确诊医院在哪里?
3. 确诊后在哪家医院进行治疗? 治疗的效果如何?

患者监护人求助陈述:

1. 患者治疗的花费情况如何? 完成治疗预计还需要多少费用?
2. 当地新农合或城镇居民医保对此类疾病的补偿金额或补偿比例?
3. 能否得到民政部门大病救助?

附件一：患者家庭经济情况证明

广东省富迪慈善基金会
官网: www.foryoucf.com
电话: 020-66811838

地址: 广州市越秀区东风中路 389 号
邮编: 510110
邮箱: foryoucf@foryou-china.com

患者户籍所在地（经常居住地）村委会（居委会）或患者工作单位
出具并由县（区）级以上民政部门签章确认的家庭经济困难证明：

证 明

经核查，申请人_____家庭人口共____人，家庭年收入约_____元，家
庭人均收入为_____元，属于_____家庭。

此证。

村委会/社区委员会（工作单位）： 县（区）级以上民政部门：

（盖章）

（盖章）

时 间： 年 月 日

时 间： 年 月 日

其他的家庭经济困难证明材料

附件二：新农合或城镇居民医保的相关证明材料

广东省富迪慈善基金会
官网：www.foryoucf.com
电话：020-66811838

地址：广州市越秀区东风中路 389 号
邮编：510110
邮箱：foryoucf@foryou-china.com

未参加新农合或城镇居民基本医疗保险的证明材料。（新农合或城镇居民医保主管单位签章确认）

证 明

经核查，_____（身份证号/出生日期：_____）未参加新农合/城镇居民基本医疗保险。

此证。

盖 章：

时 间：

附件三：

广东省富迪慈善基金会
官网：www.foryoucf.com
电话：020-66811838

地址：广州市越秀区东风中路 389 号
邮编：510110
邮箱：foryoucf@foryou-china.com

1、请提供患者及其家属身份证、户口本复印件（如患者为未成年人则需提供出生证、户口本及监护人身份证、户口本复印件）；

2、患者确诊的医院诊断证明；

3、患者确诊时的检查报告；

4、如患者曾经住院，请提供出院小结（多次住院，可提供最近一次的出院小结）；

5、如患者曾经做过手术，请提供医院手术记录。