

附件 2-2

家庭经济情况说明

兹有我社区（村委会）居民（村民）_____（法定监护人姓名），身份证号_____，家庭住址_____，家庭人口共_____人，家庭年收入为_____元。其子/女_____（申请救助儿童姓名），身份证号_____，患有_____疾病，已在（医院名称）接受治疗。因孩子治疗费用支出，家庭经济负担重，基本生活出现困难，现向中国出生缺陷干预救助基金会申请出生缺陷救助项目医疗救助金。

以上所述属实，特此说明。

村（居）委会所在地：_____省（区、市）_____市（州）_____县（市、区）_____乡镇（街道）。

村（居）委会经办人签字：

联系电话：

（盖章）

年 月 日

编号: _____

中央专项彩票公益金支持 出生缺陷救助项目个人申请表

申请人近期（半年内）照片

请选择申请救助类别:

遗传代谢病救助 先天性结构畸形救助 功能性出生缺陷救助

申请人姓名: _____ 性别: _____ 出生年月日: _____

申请人身份证号码: _____ 出生医学证明编号: _____

监护人姓名: _____ 与申请人关系: _____

监护人身份证号码: _____

申请人银行卡号及户名: _____

第_____次救助

手机 1: _____ (请务必提供正确的联系方式, 以便后续沟通)

手机 2: _____

户籍所在地: _____ 省(区、市) _____ 市(州) _____ 县(市、区)

_____ 乡镇(街道) _____ 村(居)

通讯地址: _____ 省(区、市) _____ 市(州) _____ 县(市、区)

_____ 乡镇(街道) _____ 村(居)

申请日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

申请须知

1. 本申请表由中国出生缺陷干预救助基金会（以下简称基金会）根据《出生缺陷救助项目实施方案》印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为年龄 18 周岁（含）以下、家庭经济负担重、临床确诊为遗传代谢病、先天性结构畸形、功能性出生缺陷的患儿。
3. 本申请表由申请人法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实、准确和完整。
4. 本申请表的递交并不代表可以获得救助，申请表一经递交不予退回。
5. 基金会承诺收到的申请材料及信息，仅用于项目救助申请，不作为其他用途。
6. 申请人在医疗过程中可能出现的医疗风险，由医患双方自行处理，基金会不承担任何责任。
7. 如基金会因公益用途，需要文字、照片、影像等有关资料，获得救助的申请人及其监护人应予配合。

个人承诺书

1. 本人保证所提交的申请材料均真实、准确和完整。若查实存在虚假、伪造、隐瞒等行为，基金会将不予救助，并终身不得申请项目资助；如已获救助，基金会保留依法追索救助金的权利；若出现弄虚作假、虚报冒领救助资金等行为，本人根据情节依法承担相应责任。

2. 本人会客观公正反映项目情况，若因语言、行为不当对基金会以及出生缺陷救助项目造成不良影响的，愿意承担相应民事法律责任。

我确认已阅读和知悉以上全部条款，并承诺所提交材料真实、准确和完整。

法定监护人签名：

年 月 日

申请人医疗情况简述

1. 开始治疗时间_____年_____月，申请人确诊时间：_____年_____月；
确诊医院：_____；确诊病名：_____；
2. 治疗所在医疗机构名称：_____，治疗效果：_____；
3. 每年治疗花费情况：_____，已花费_____；
4. 申请人是否有医疗保险（须如实填写）？如有，具体报销比例是多少？

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

1. **身份证明材料：**患儿或其法定监护人身份证或其他有效身份证件复印件，以及证明监护关系的户口簿、出生医学证明或其他证明材料复印件。无法证实监护关系的，需提供户籍地派出所开具的监护关系证明及申请人近期照片。孤儿需提供当地民政局或福利院开具的证明原件。
2. **疾病和治疗证明材料：**符合项目救助病种的诊断证明。实施机构出具的相关医学影像资料报告单或必要的医学检查报告（例如：基因检测、串联质谱检测报告、血液检验、影像报告等），住院首页、手术记录、出入院记录（如有住院治疗，请根据治疗情况提供）。
3. **家庭经济情况证明材料：**低保证、低收入证、特困证明材料复印件（任选其一），或村（居）委会等出具的家庭经济情况说明材料原件。
4. **以上证明材料另附，与本申请表一起申请。如需留存请自行复印备份。**

评审单位意见

<p>初审意见</p>	<p>实施机构（盖章）： 年 月 日</p> <p>经办人签字：</p>
<p>专家复审意见</p>	<p>省级管理机构（盖章）： 年 月 日</p> <p>经办人签字：</p>
<p>复核意见</p>	<p>基金会（盖章）： 年 月 日</p> <p>经办人签字：</p>

附件 2-5

中央专项彩票公益金支持出生缺陷救助项目 受助对象通知单

(受助对象姓名) _____:

本项目由中央专项彩票公益金支持,对符合救助条件的出生缺陷患儿的诊断、治疗、手术和康复提供医疗费用补助,减轻患儿家庭医疗负担。

您的申请经实施机构初审及省级管理机构复审,结果为评审通过,为帮助您顺利办理救助手续,现告知您如下事项:

1. 各类救助标准详见《出生缺陷救助项目实施方案》。
2. 项目只在医疗费用上予以补助,不承担治疗效果、医疗风险等方面的责任,任何医患之间的法律纠纷将由医患双方自行解决。
3. 为便于接受社会监督,中国出生缺陷干预救助基金会可根据工作需要,通过媒体对外公布受助申请人的基本情况。
4. 通过复审并公示无异议后,申请人监护人须向实施机构提交以下资料:

(1)《出生缺陷救助项目个人申请表》原件。监护人需通过微信小程序导出,打印后签名。

(2)《出生缺陷救助项目受助患儿回执单》原件。监护人需通过微信小程序导出,打印后签名。

(3)患儿或其法定监护人身份证或其他有效身份证件复印件,以及证明监护关系的户口簿、出生医学证明或其他证明材料复印件。

(4)合规的实施机构收费票据,包括住院医疗票据或门(急)诊医疗票据。具体要求如下:

①没有参加任何医疗保险的申请人,直接提供医疗票据原件,票据上无收费明细的需同时提供明细清单。

②参加“城镇职工医保”、“城乡居民医保”或大病医保、其他公募基金救助和民政机构救助的患儿，且就诊医院可办理医保实时结算报销的，由申请人提供报销后的原始票据；如就诊医院无法办理医保实时结算报销的，由申请人先到相关部门报销，报销后提供报销补偿单原件（若无法提供原件的，应提供加盖公章的复印件）及加盖公章的医疗票据复印件，医疗票据上无收费明细的需同时提供明细清单。

③在回执单上填写患儿本人或监护人银行卡信息，或提供监护人银行卡复印件，以及证明监护关系的户口簿、出生医学证明或其他证明材料复印件）。

(5) 符合项目救助病种的诊断证明。

(6) 低保证、低收入证明、特困证明材料复印件（任选其一），或村（居）委会等出具的家庭经济情况说明材料原件。

5. 请将上述第 3 条所列资料，邮寄至实施机构审核后，邮寄至省级管理机构，由省级管理机构复核后寄送至基金会。

6. 回执单及以上相关资料由基金会进行审核确认无误后，向申请人提交的银行账户拨付相应的救助金，并向省级管理机构和实施机构反馈受助患儿名单及金额。

7. 终止救助情形。

(1) 若查实申请人存在虚假、伪造、隐瞒等行为，基金会将不予救助，并终身不得申请项目资助；如已获救助，基金会保留依法追索救助金的权利；若查实申请人存在弄虚作假、虚报冒领救助资金等行为，根据情节依法承担相应责任。

(2) 家庭自付部分金额不足 3000 元的终止救助。

8. 患儿或其监护人在收到救助金后，请您及时告知所在地实施机构，并自愿配合回访等相关工作。

年 月 日

编号: _____

回执单

中国出生缺陷干预救助基金会:

我是申请人_____的监护人_____ (与申请人关系: _____), 身份证号: _____, 监护人手机: _____。申请人是第____次救助 (若非首次救助, 请填写上一次救助时间____年____月), 现已知悉并同意《出生缺陷救助项目受助对象通知单》内容。申请人患有 (疾病名称), 已于____年____月____日至____年____月____日在医院实施了治疗, 本次救助申请医疗费用共计_____元, 经基本医保、大病救助等报销后自付部分_____元, 申请救助金额为_____元 (最终救助金额以基金会审核后实际拨付金额为准), 请将救助金汇入下列账户:

户名: _____,

开户行: _____银行_____支行 (填全称),

卡号: _____。

申请人或其监护人签字:

年 月 日

(实施机构填写) 经我单位审核, 有效医疗收费票据金额_____元, 经基本医保、大病医保等报销后自付金额_____元, 救助金额为_____元。

审核人签字: _____ 年 月 日

(省级管理机构填写) 经我单位审核, 有效医疗收费票据金额_____元, 经基本医保、大病医保等报销后自付金额_____元, 救助金额为_____元。

审核人签字: _____ 年 月 日

(基金会填写) 经我单位最终复核, 上述申请人提交的有效医疗收费票据金额为_____元, 经基本医保、大病救助等报销后自付金额为_____元, 最终救助金额为_____元。经审核、复核准确无误。

审核人签字: _____ 年 月 日

复核人签字: _____ 年 月 日