# 肿瘤患者救助项目申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 出生日期 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 亲属姓名 |  | 联系电话 |  |
| 户籍所在地 |  |
| 通讯地址 |  |
| 医保属性 | （职工医保/居民医保） |
| 病情诊断 | （什么病） |
| 既往治疗情况 | （目前已在哪些医院采用了哪些治疗手段？） |
| 下一步治疗计划 | （下一阶段计划采用哪些治疗手段？） |
| 申请人（患者）签字 | 签字： 日期： |
| （患者）亲属 签字 | 签字： 日期： |
| 项目部审核意见 | 签字： 日期： |
| 基金会审核意见 | 签字： 日期： |

 申 请 须 知

1. 本申请表由四川省民生慈善基金会印制并负责解释。
2. 该项目申请对象为四川省辖区范围内和部分特殊省外罹患肿瘤疾病患者。
3. 本申请表由申请人或申请人亲属负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。
4. 申请人需提供材料：之前治疗的检查检验报告的扫描件或照片以供基金会审核。
5. 本申请表和资料的递交并**不代表可以获得救助**，申请资料一经递交**不予退回**。
6. 申请人需通过基金会审批同意后方可获得救助。
7. 对申请资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，将不予救助；如已获救助，基金会保留依法追索救助款的权利。
8. 获得救助的申请人及亲属有义务提供必要的文字、照片、影像等资料，同意使用以上资料，配合基金会宣传、公示该项目。
9. **特别申明：被救助患者和医疗机构之间发生的医疗纠纷与基金会无关。**

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

**申请人（患者）签字**：

（患者）亲属 签字：

 **年 月 日**

|  |
| --- |
| 1. **身份证明材料：**申请人户口簿和身份证复印件。

**2.病情证明材料（扫描件或复印件）：**（1）诊断证明（2）既往住院病历（3）检验检查报告**3.医保卡（扫描件或复印件）****4.申请人银行卡信息及复印件（**账户姓名、银行账号、开户行**）**以上证明材料与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。 |

**申请救助患者所需提供的身份及病情诊断证明材料**