

“爱之天使”项目救助申请表

申请人近期照片

编号: _____

申请人姓名: _____ 性别: ____ 身份证号码: _____

委托人姓名: _____ 与申请人关系: _____

家庭电话: _____ 手机: _____

通讯地址: _____ 省(市、区) _____ 市 _____ 县 _____ 乡(镇) _____ 村

邮编: _____

申报日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

新疆维吾尔自治区红十字会大病救助办公室

地址: 乌鲁木齐市天山区延安路 773 号

邮编: 830049 电话: 0991-2578803

网址: www.xjredcross.org.cn



申报须知

- 1、本救助申请表由自治区红十字会“爱之天使”项目办公室制作，解释权归自治区红十字会；
- 2、同时符合以下三个条件的患者可以申请救助：
 - (1) 确诊为宫颈鳞状细胞癌，在定点医院住院或门诊治疗的患者；
 - (2) 经多学科专家讨论确定无手术指证，适合放化疗；
 - (3) 低保户、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户、单亲母亲及供养在校大学生的困难家庭患者。
- 3、患者的所有申报资料由患者或委托人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，自治区红十字会将追索其所获得的全部医疗救助，情节严重者将依法追究法律责任；
- 4、新疆维吾尔自治区红十字会“爱之天使”项目管理办法（试行）规定，申请通过后，一名患者只救助一次，救助金额不超过2万元，且不可重复申请救助。救助款项将直接打入定点医院账户；
- 5、本申报表的递交并不代表申请人必定获得医疗救助；
- 6、自治区红十字会负责所有申报资料的审核和审批工作；
- 7、“爱之天使项目”只在治疗费用上予以救助，不承担治疗效果、风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由医院和家属双方自行解决。
- 8、此申请材料如有需要请自行备份，一经递交不予退回。
- 9、所有得到医疗救助的患者及委托人均有义务配合自治区红十字会提供用于项目宣传和采访活动的照片和影像等资料。

我确认已经阅读了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患者/委托人签字（按手印）：

年 月 日

申请救助登记表

患者姓名		民族		其它病症	
家庭 成员 情况	姓名	年龄	与患者关系	身份证号	工作或学习单位
家庭 状况	户籍性质	A、农业 B、非农业		家庭人口数	
	2023 年家庭总收入			劳动力人口数	
近一年家庭经 济收入来源					
近一年家庭经 济支出情况					
<p>家庭困难情况自述</p> <p>(可另附页)</p>					

确诊医院		确诊时间	
有无医疗保险	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	医疗保险种类	
村委会 (社区) 意见	(盖章)		
	负责人:	联系电话:	年 月 日
县级以上红会 审核意见	(盖章)		
	负责人:	联系电话:	年 月 日
定点医院专家 讨论意见	(盖章)		
	主管医生:	联系电话:	年 月 日
自治区 红十字会 审核 意见	(盖章)		
	负责人:	联系电话:	年 月 日

申请人需提供的身份及病情诊断证明材料

- 1、申请人及委托人户口簿和身份证复印件。
- 2、申请人最新病情诊断证明原件，最新彩色图文病理报告单复印件（加盖复印章）。住院病案首页医院申请资金拨付时与医疗支出票据一并提供。
- 3、患者困难证明材料：低保户、脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户、单亲母亲及供养在校大学生的困难户，需提供相应的证明或证件复印件。
- 4、以上材料附后，与本申请表一起申报，有需留存资料请自行复印备份。

要求：

- 1、黑色签字笔书写；
- 2、患者或委托人不会写字可找人代写，且患者和委托人在申报须知页必须签字按手印；
- 3、家庭困难情况自述栏尽量填写详细，主要描述家庭具体困难程度，目前收入和医疗支出情况。