

## 附件 3:

## 青海省红十字会 三江源包虫病救治公益项目资助申请表

申请人姓名		性 别		民 族		申请时间	
身份证号码				联系电话			有无其他病史
监护人姓名		与申请人关系			家庭电话		
户籍所在地	省                      市（州）                      县						
通讯地址	省                      市（州）                      县                      乡（镇）                      村						
家 庭 成 员 情 况	姓 名	年 龄	与患者关系	身 份 证 号		手机 号码	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			
	年总收入			劳动力人口数			
市（州）或县级红十字会意见							
专家评审委员会或定点医院意见							
基金管理委员会意见							

三江源包虫病救治公益项目协调领导小组办公室制

## 申报须知

- 1、本资助申请表由三江源包虫病救治公益项目协调领导小组办公室制作；
- 2、该项目救助范围为具有青海户籍的贫困家庭包虫病根治患者；
- 3、患者须提供家庭贫困证明材料（户口所在地的乡镇及乡镇以上部门出具的贫困证明）。低保患者只须提供低保证。
- 4、患者的所有申报资料由患者或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；
- 5、患者须提供包虫病定点医院或定点医院专家下乡在当地医院治疗的病案首页、出院小结、出院证、收费专用收据、出院结算明细单；
- 6、该项目为一次性资助，申请人获得一次资助后，三江源包虫病救治项目基金将不再接受重复申请；
- 7、本申报表的递交并不代表已经评审获得医疗救助；
- 8、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，三江源包虫病救治项目基金管理委员会将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将依法追究法律责任；
- 9、三江源包虫病救治项目基金只在包虫病住院治疗费用上予以资助，不承担手术效果、手术风险等方面的责任，任何医患之间的法律纠纷将由医院和家属双方自行解决，与三江源包虫病救治项目基金管理委员会无法律及医疗纠纷责任；
- 10、此申请材料如有需要请自行备份，一经递交不予退回；
- 11、所有得到医疗资助的患者及监护人均有责任和义务为捐助人提供必要的文字、照片、影像等材料；
- 12、所有得到医疗资助的患者及监护人均有责任和义务配合三江源包虫病救治项目基金委员会公益项目的宣传和采访活动，并同意使用照片、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  
监护人

签字(按手印):