**云南青基会“热血铸军魂 爱眼助从戎”公益项目（特困青少年）申请表**

 申 请 人： ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

电 话： ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

申请编号：

医疗单位： 昆明华山眼科医院

**项目实施机构：云南省青少年发展基金会**

**云南青基会“热血铸军魂 爱眼助从戎”**

**承诺书**

云南省青少年发展基金会：

我是\_\_\_\_\_\_\_县（区） 乡（镇）患者 的家长 （如为本人则跳过此项）。因家庭经济困难，无力承担全部手术费用，现通过昆明市云南省青少年发展基金会向社会爱心人士及企业申请资助部分手术治疗费用，以协助完成患者手术治疗。

作为本人/监护人，我们充分了解医疗手术作为医疗行为所存在的不确定性及各种风险，并已做好认定医院手术方案、承担手术风险及后果的准备。承诺如下：

1.按照申请资助的要求，接受术前检查，到定点项目医院进行手术治疗。

2.赴院治疗的交通工具为自行选择，云南省青少年发展基金会及我们所在地的团县（市、区）委只是搭建一个平台，帮助找到爱心人士及企业给予我们一定数额的资助，云南省青少年发展基金会及我们所在地的团县（市、区）委不承担旅途安全风险和患者旅途不适造成的任何责任。

3.我们知道去定点项目医院进行的手术治疗是具有风险的，对此我们愿意承担风险责任，任何医患之间的法律纠纷将由定点项目医院和我们患者家属双方自行解决。

4.我们同意为帮助宣传该项目，云南省青少年发展基金会可以在报刊、杂志、书籍、电影和电视等各类媒体上无偿使用我的家庭和子女的图像等资料，并积极配合项目的宣传活动。

监护人/本人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_（签字）

 年 月 日

★注：本申报书的递交并不代表已经获准得到项目救助，提前将申请表交到云南青基会，患者入院时请与云南青基会项目负责人联系，告知患者已入院，患者申请不收取任何费用，如审核通过，患者到医院完成手术后，救助款将直接拨付至患者。

**申请流程**

申请人或其监护人确认（近视）**→**领取申请表并填写→村委会/居委会经济困难情况初审（盖章）→乡（镇）一级民政部门二审（盖章）符合资助条件的上报至当地县（区）团委三审（盖章）→符合资助条件→上报至云南青基会审核→符合资助条件→通知患者到昆明华山眼科医院进行手术→手术完成，患者支付手术费用→医院提供患者手术票据相关材料→云南青基会资助手术费用至患者→患者提供相关反馈→资助完成

**云南青基会“热血铸军魂 爱眼助从戎”**

**申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 近期免冠照片 |
| 学校 |  | 出生年月 |  |
| 家庭地址 |  |
| 身份证号  |  | 病情诊断（类型） |  |
| 监护人姓名（18周岁以下患者监护人填写） |  | 与患者关系 |  | 联系方式（患者/监护人） |  |
| 银行卡号 |  | 户名 |  |
| 开户行 |  银行 分行 支行 分理处（储蓄所） |
| 是否建档立卡贫困户 | □是 □否**此项必填** |
| 申请理由 |  |
| 申请人签字（并按手印） |  |
| 审核结果 | □同意资助 □不同意资助 |

**云南青基会“热血铸军魂 爱眼助从戎”**

**申请审核评估表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 | 近期免冠照片 |
| 家庭地址 |  |
| 患者身份证号  |  | 病情诊断（类型） |  |
| 监护人姓名（18周岁以下患者监护人填写） |  | 与患者关系 |  | 联系方式（患者/监护人） |  |
| 银行卡号 |  | 户名 |  |
| 开户行 |  银行 分行 支行 分理处（储蓄所） |
| 是否建档立卡贫困户 | □是 □否**此项必填** |
| 学校 |  |
| 家庭成员 |
| 姓名 | 与患者关系 | 年龄 | 职业 | 月收入（元） | 成员特殊情况备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 家庭经济现状及申请理由 | 家庭经济主要来源 |  |
| **（详细介绍家庭经济现状、如实填写申请理由）**   监护人/本人（签字和手印）**：**  日 期：2020年 月 日  |
| **单位部门审核意见（农村患者类）** |
| **村委会****（签章、审核意见）** | **乡/镇****（签章、审核意见）** | **县（市）区团委****（签章、审核意见）** |
| **日期：** | **日期：** | **日期：** |
| **单位部门审核意见（城镇患者类）** |
| **居委会****（签章、审核意见）** | **街道办****（签章、审核意见）** | **县（市）区团委****（签章、审核意见）** |
| **日期：** | **日期：** | **日期：** |
| **云南青基会（签章、审批意见）****日期：** |

备注：

1.审核意见：情况属实或情况不符；

2.

|  |
| --- |
| **家庭情况照片****粘 贴** |

**注：反映农村家庭困难情况照片（包括住房条件、申请患者近况等照片）**