**附件2：**

**神华爱心行动项目申报须知**

一、资助对象为家庭经济困难的0-18岁白血病患病儿童。

二、患病儿童家庭需提供以下材料：

1、在神华爱心行动申报须知上签字确认已阅读。（附件2）

2、按要求填写神华爱心行动项目申报表格并加盖公章。(附件3)

3、提供患病儿童家庭户口薄复印件或监护人和患病儿童身份证复印件。

4、提供患病儿童最新2寸免冠照片1张，六寸生活照1张。

5、提供医保复印件或相应证明复印件。

6、提供低保证明复印件及编号。非低保户农村籍提供当地农村村委会出具家庭经济情况证明并盖章。非低保户城市籍有工作提供所在单位出具收入证明并盖章；城市籍无工作单位提供城市居委会出具家庭经济情况证明并盖章。

7、白血病有三级甲等医院出具的诊断证明及骨髓检验报告单。

以上资料不完整的，提供相关书面说明材料，由神华爱心行动项目办公室审核。

三、患病儿童的所有申报资料由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，经各地民政部门对资料进行审核并盖章确认。

四、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将对之采取行政或法律手段进行诉讼。

五、申请表的递交并不代表已经获准得到医疗救助，申报资料的审核和审批工作由项目办公室负责。

六、申请人自愿承担患病儿童的诊断和治疗方案认定、治疗风险及救助过程中产生的救助款以外的费用。医院和患者之间的关系仅为医患关系。项目办公室对医疗救助过程中产生的医疗纠纷免责。

七、得到医疗资助的患病儿童监护人有责任和义务提供必要的反馈材料和照片等，在维护患儿权益前提下同意使用照片、录像等资料用于公益目的宣传。

八、救助款项仅用于患病儿童在项目指定合作医院产生的医疗费用，救助款在医院结算不直接支付给个人或家庭。

九、神华爱心行动项目是由神华公益基金会联合中国社会工作联合会发起的公益项目，不向患病儿童家庭收取任何申请费用。神华公益基金会利益相关方不受本项目资助。

十、未尽事宜由项目办公室负责解释。

**患病儿童监护人阅读后签字：**

**时 间：**

 神华爱心行动项目办公室

 2017年1月3日

**附件3：** 编号：

**神华爱心行动项目申报及审批表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 身份证号 |  | 2寸照片黏贴  |
| 性 别 |  | 年 龄 |  | 民 族 |  |
| 入院诊断 |  | 治疗方式 |  |
| 诊断医院 |  | 参保方式 | 农合/医保 |
| 户籍地址 |  (省级) （县级） |
| 监护人姓名 |  | 身份证号 |  | 与儿童关系 |  |
| 监护人通讯地址 |  |
| 监护人联系电话 | 1、 | 2、 | 3、 |
| 监护人亲属联系电话 | 1、 | 2、 | 3、 |
| 家庭上年度收入总计 |  | 接受过其他资助情况 |  |
| 家庭主要财产和债务情况 | 收入主要来源 |  | 房产及估值 |  |
| 其它项目收入 |  | 家电及估值 |  |
| 债务情况 |  | 交通工具估值 |  |
| 低保证号码（附复印件，帖后） |  | 低收入证明情况（附证明原件，帖后） |  |
| 合作医院诊断意见*主管医生签字和医院盖章* | 年 月 日 | 乡镇(街道办)审核意见*审核人签字和单位盖章* | 年 月 日 |
| 县(市区)民政部门审核意见*审核人签字和单位盖章* | 年 月 日 | 执行办公室审核意见*审核人签字和单位盖章* | 年 月 日 |

**我声明以上所填写内容真实。儿童法定监护人签名：**

**附件5：** 编号：

**神华爱心行动项目救助反馈表（白血病）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 儿童姓名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 入院日期 |  | 出院日期 |  | 治疗方式 |  |
| 治疗医院 |  | 病种分类 |  |
| 出院诊断 |  |
| 简述治疗经过和康复意见 | 治疗及康复详细资料可附本页后：主管医生签字： 医院盖章 年 月 日 |
| 总 额 | 医保报销 | 医疗救助 | 其他救助 | 家庭承担 | 神华资助 |
|  |  |  |  |  |  |
| 受助家庭感言，可附本页后：签字： |
| 提交资料 | 1、出院小结、出院诊断；2、发票和诊治费用清单复印盖章。 |
| 备注： |
| 项目办公室意见：  负责人（签章）：  年 月 日 |