陕西省慈善协会

“生命之光”大病救助项目申请表

**病种：儿童苯丙酮尿症 序号:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患者填写部分** | | | | | | | | |
| **患者姓名** | |  | | **民族** | |  | | **免冠一寸照片** |
| **出生日期** | |  | | **监护人姓名** | |  | |
| **监护人与患者关系** | |  | | **监护人**  **身份证号码** | |  | |
| **联系方式** | |  | | **家庭人口**  **总数** | |  | |
| **家庭年收入** | |  | | **家庭地址** | |  | | |
| **何种医保（勾选）** | | **职工 □ 居民 □ 新农合 □** | | | | | | |
| **经济类型**  **（勾选）** | | **低保 □ 特困 □** | | | | | | |
| **医生填写部分** | | | | | | | | |
| **医院诊断**  **意见** | **注册医生签字盖章:**  **年 月 日** | | | | | | | |
| **医生诊断符合医疗救助条件后到相关部门办理审批手续** | | | | | | | | |
| **乡镇（街道办）审查意见** | | | | **县（区）慈善协会（或县民政局）审查意见** | | | | |
| **签字（盖章）：**  **年 月 日** | | | | **签字（盖章）：**  **年 月 日** | | | | |
| **药品费用及慈善资助** | | | | | | | | |
| **治疗费用（元）** | | | **医保报销费用（元）** | | | | **自付部分费用（元）** | |
|  | | |  | | | |  | |
| **定点医院根据患者治疗情况拟建议慈善资助费用(元)** | | | | | | | **慈善资助批准金**  **（实物资助价值）（元）** | |
|  | | | | | | |  | |
| **项目审核办公室意见** | | | | | **总 序 号**  **第 号** | | **年**  **第 号** | |
| **签字（盖章）：**  **年 月 日** | | | | |

填写说明及申请流程:

1.患者监护人在定点医院、当地慈善协会领取(或在www.sxscsxh.con下载)到《申请表》后，填写基本信息。

2.前往定点医院检查，医生诊断属于救助病种的，由注册医生填写诊断意见并加

盖注册医生专用章。

3.患者携带此表到相关部门开具低保或特困证明材料并盖章。

4.医院根据审查后的《申请表》，对患者的治疗费用在医保报销后提出拟建议慈善资助费用。

5.患者将《申请表》、户口本和身份证复印件、低保或特困证明及发票复印件、特殊食品领取单等材料递交至陕西省慈善协会项目部（项目审核办公室）审批。