

白求恩·眼明心安-西藏儿童盲及低视力诊疗能力提升项目

患儿关爱补贴申请书

申请人近期照片（可提供与监护人一起的生活合照）

申请人姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____

申请人身份证号码：_____

监护人姓名：_____ 与申请人关系：_____

监护人身份证号码：_____

手机号码：_____

户籍所在地：_____ 省（市、区） _____ 市 _____ 县 _____ 乡（镇） _____ 村

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

申请日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日

白求恩·眼明心安-西藏儿童盲及低视力诊疗能力提升项目 患儿关爱补贴申请和个人肖像权授权须知

1. 本申请表由北京白求恩公益基金会（以下简称：基金会）出具并负责解释。

2. 关爱对象：0-14 周岁之间并已确诊患有眼部重大疾病（包括影响视力需要干预治疗的儿童白内障、青光眼、角膜病、斜弱视、眼外伤、视网膜脱离等各种眼底疾病及眼肿瘤等）的西藏自治区儿童。

3. 本申请表由负责患儿诊疗的西藏主治医生（西藏当地二甲及以上医院的在职眼科医生）协助申请人的法定监护人负责填报，并确保将审核后的真实性资料的电子版完整的发送至本项目官方邮箱 ymxa2022@bjbqejjh.org.cn。

4. 本申请表的递交并不代表可以获得关爱补贴，需通过本项目眼科专家团队审核并经基金会综合评估后方可确定是否获得关爱补贴资格。

5. 申报资料按提交时间的先后顺序依次审核，至本项目关爱补贴发放名额满 100 名为止（本项目提供一次性关爱补贴，已获得本项目关爱补贴的患儿不得重复申请）。

6. 患儿关爱补贴将通过基金会汇款方式拨付至申请人或申请人法定监护人账户。申请人或申请人法定监护人务必填写正确的银行账户信息，银行卡户名为申请人或其监护人真实姓名且确保可以支付成功。由于银行卡相关问题导致的关爱补贴拨付不成功或延迟，基金会不承担任何责任，并有权优先拨付关爱补贴至符合基金会流程和要求的申请人账户。

7. 对申报资料中出现的隐瞒、虚假、伪造等行为，一经发现，基金会将不予支付关爱补贴；如已获关爱，基金会保留依法追索关爱补

贴款的权利。

8. 为配合项目传播、推广等公益需求，受助患儿及其法定监护人同意无地域限制、无限期地将个人肖像权免费授权给基金会使用，有责任和义务按宣传要求向基金会提供受助患儿必要的照片、文字、视频、影像等相关资料。

9. 申请人同意基金会通过短信、邮件、电话或其他形式与您互动项目信息。

10. 受助患儿及其法定监护人将主动接受政府监督、行业监督、社会监督和本基金会监管，接受本基金会依法履行法定信息公开义务时，对外公布患儿姓名、所在单位和部门以及申请的项目名称、执行情况的信息，但不包括本基金会了解的其他个人隐私信息。

11. 本基金会将依法保障受助患儿个人隐私信息安全，仅在本基金会公益项目管理和实施中使用，本基金会和本项目执行方不对其他任何第三方泄露受助患儿的个人隐私信息，且不用于任何商业目的。但下列情况除外：

- (1) 受助患儿及其法定监护人授权披露的；
- (2) 根据患儿法定监护人的合法要求而提供个人身份信息时；
- (3) 有关法律要求披露的；
- (4) 司法机关或行政机关基于法律程序要求提供的；
- (5) 本基金会为了维护自己合法权益而向申请人提起诉讼或者仲裁时。

本项目的生效、履行、解释及争议的解决均适用中华人民共和国法律。如果本声明的任何条款因与中华人民共和国现行法律相抵触而无效，该等无效不影响其他条款的效力。

申请人提交信息由申请人自己承担风险。在适用法律允许的最大范围内，基金会在任何情况下不对申请人因提供的数据所发生的

特殊的、意外的、直接或间接的损失承担赔偿责任。

本项目的解释权归北京白求恩公益基金会最终所有。

患儿或法定监护人确认已经阅读和知悉以上全部条款，同意按上述约定将个人肖像权授权北京白求恩公益基金会使用，同意按要求提供所有申报资料。

患儿或法定监护人签名：

日期： 年 月 日

白求恩·眼明心安-西藏儿童盲及低视力诊疗能力提升项目

患儿关爱补贴申请表

申请人姓名		性别		出生年月日		民族	
开户名称				银行账号			
开户银行				开户银行地址			
患儿医保类型	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 新农合				患儿商业医疗保险	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无	
报销比例	医保_____ %; 新农合_____ %; 商业保险: _____ %。						
就诊医院					住院花费		
其他公益基金关爱情况	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有, 公益组织的名称: _____						
主要家庭成员情况	姓名	年龄	与患儿关系		身份证号	职业	
备注: 职业(工人、职员、教师、公务员、个体工商户、务农、外出打工、无业、无劳动能力、其他)							
家庭经济状况	户 籍 性 质	<input type="checkbox"/> 农业 <input type="checkbox"/> 非农业			家庭人口总数		
	是否为以下类型	<input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 残疾家庭 <input type="checkbox"/> 军烈属家庭 <input type="checkbox"/> 孤儿 <input type="checkbox"/> 其它					
	备注: 低保、军烈属、残疾人家庭的患儿, 需提供低保证、军烈属证、残疾人证(复印件); 孤儿需提供当地民政局或福利院证明。以上情况可获得优先关爱资格。						

家庭经济状况	主要收入来源			
	家庭年收入		家庭劳动力人数 (几个人有收入)	
	家庭支出情况	1. 近3年内，家庭主要成员重大疾病情况介绍（列明病种及花费）：		
		2. 近3年内，家庭重大变故情况介绍（时间、事件、花费金额，重大变故举例：车祸、火灾、自然灾害、意外伤害等）：		
		3. 家庭中其他重大支出（请描述近3年内家庭其它重大支出，例如：孩子上学、老人抚养、结婚等）：		
其他申请救助原因				
承诺书	<p>本人(监护人)承诺以上填报的所有信息全部真实有效，若有隐瞒且一经查实，将视为自动退出本次关爱行动，且退还基金会已发放的关爱补贴。</p> <p style="text-align: right;">承诺人签字： 年 月 日</p>			

申请人所需提供的身份及病情诊断证明材料

一、身份证明材料：

1. 申请患儿的户口簿本人页复印件；
2. 申请患儿的法定监护人户口簿本人页复印件、身份证复印件；（患儿法定监护人须与患儿在同一户籍）
3. 申请患儿的家庭经济困难证明或低收入证明（如有）或签署承诺书。

二、病情证明材料：须提供诊断证明和诊断病历。

注：1. 如户口簿无法证实监护关系的，须提供申请人出生证明或派出所开具的监护关系证明原件；
2. 以上证明材料另附，与本申请表一起申报。如需留存请自行复印备份。

审核意见表

医学专业意见

☐同意

☐不同意

签字：

日期：

北京白求恩公益基金会意见

☐同意

☐不同意

盖章：

日期：