

附件 2:



北京白求恩公益基金会昆仑医学攀登专项基金

白求恩·爱相“髓”公益项目

患者救助申请书

患者姓名: _____

联系方式: _____

治疗医院: _____

申请日期: _____



目 录

- 一、白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助申请流程
- 二、白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助申请须知
 - (一) 救助对象
 - (二) 救助标准
 - (三) 项目终止条件
 - (四) 申请材料清单及说明
 - (五) 特别声明
- 三、白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助知情同意书
 - (一) 肖像和个人信息的收集与使用
 - (二) 您的权利
- 四、白求恩·爱相“髓”公益项目患者申请表
- 五、直系亲属信息表
- 六、家庭经济情况证明
- 七、工作收入证明 13
- 八、白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助授权委托书
- 九、白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助情况告知邮件模板
- 十、白求恩·爱相“髓”公益项目救助款签收单

白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助申请流程

患有淋巴瘤、多发性骨髓瘤且家庭经济困难的患者，请充分了解本项目后，将电子版申请材料通过电子邮件形式发送至项目办邮箱 aixs@bjbqejjh.org.cn 进行审核。



患者通过电子邮件提交电子版申请材料

- 1、申请人身份证明材料：
 - ✧ 患者本人身份证正反面复印件、患者本人银行卡正面复印件、患者本人及家庭成员户口本复印件
- 2、《白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助申请须知》和《白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助知情同意书》签字原件
- 3、《白求恩·爱相“髓”公益项目患者申请表》签字原件
- 4、直系亲属信息表
- 5、申请人经济证明材料：
- 6、申请人病情证明材料：
 - ✧ 诊断证明及诊断病历原件
 - ✧ 近一年内患者治疗处方、检查及治疗费用发票原件（限患者本人）
- 7、书写不便的申请人或未满 18 周岁的申请人需提交由授权委托人签字的



基金会项目办初审（10 个工作日）

项目办将在 10 个工作日反馈审核意见，将以邮件或电话形式通知申请患者，如通过初审，患者需将以上申请材料的完整纸质文件邮寄至项目办：

北京白求恩公益基金会 尹静雯 收

电话：010-62225769

地址：北京市海淀区西直门北大街 32 号枫蓝国际中心 B 座 506A



基金会项目办进行复审，通过审核后联系患者并于 10 个工作日发放救助资金

项目办将对纸质申请材料二审，资料无误后提交项目办医疗专家组评估，无误后将通过项目邮箱或电话的告知患者，并于邮件送达的 10 个工作日内，由基金会财务管理部依据审批的救助批次及金额度为患者发放救助金。



患者通过邮寄提交《救助款签收单》

申请患者在收到救助资金的 10 个工作日内，需签署《白求恩·爱相“髓”公益项目救助款签收单》并邮寄原件至项目办：

北京白求恩公益基金会 尹静雯 收

电话：010-62225769

地址：北京市海淀区西直门北大街 32 号枫蓝国际中心 B 座 506A

备注：

- 1、发票抬头必须为申请患者本人姓名。
- 2、发票禁止重复使用，一经发现将停止救助。
- 3、如当期救助金额未达到上限且患者需要继续治疗，可根据治疗进度提交后续治疗所产生的票据。

白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助申请须知

尊敬的患者朋友，您好：

白求恩·爱相“髓”公益项目是由北京白求恩公益基金会发起的患者关爱项目，通过对家庭经济条件困难的淋巴瘤、多发性骨髓瘤患者开展直接救助，旨在降低骨髓瘤患者的经济负担。

现将本项目患者救助相关事宜做如下告知，请您仔细阅读并完全理解以下内容，如您有任何疑问，均可通过本项目官方渠道发布的联系方式进行咨询，将如实为您解答。

一、救助对象

家庭经济条件困难的淋巴瘤或多发性骨髓瘤疾病患者

二、救助标准

申请救助患者需同时符合以下所有条件：

1、基本条件

- (1) 持有中华人民共和国居民身份证的公民；
- (2) 知晓并同意遵守本项目相关规定且自愿按程序申请；
- (3) 有坚强的意志且家庭收入低，无法支撑继续进行后续治疗。

2、医学标准

经医疗专家组根据医学标准，对申请对象进行医学评估：确诊为淋巴瘤或多发性骨髓瘤，需要长期治疗且治疗费用支出较大的患者。

3、救助标准及发放

针对每名患者医保及商业保险报销以外的自费部分进行救助，每名患者至多可分五次进行申请，累计获得救助资金不超过5万元人民币，救助资金发放的具体金额和批次根据患者实际情况审批决定。

三、救助终止条件

符合以下任何一项，将终止向患者救助：

- 1、经医生评估患者不适合继续治疗；
- 2、自愿放弃救助资格；
- 3、患者或授权代表人要求将停止后续治疗；
- 4、拒绝按照项目规范要求提供或不接受项目办抽检/回访核实申请材料；
- 5、经查实伪造、篡改或捏造申请材料、隐瞒申报或提供虚假材料，同时将保留追究法律责任的权利；
- 6、死亡（包括自然死亡与宣告死亡）或因刑事犯罪被剥夺政治权利终身以及收监

服刑；

7、经查实以盈利为目的，将救助款有偿转让、无偿赠与、与他人交换或使用其他手段盈利；

8、患者本人、患者直系亲属/法定监护人或其授意的利害关系人严重干扰项目相关人员正常工作秩序，或为了得到项目救助，向项目相关人员行贿；

9、项目救助资金捐赠完毕；

10、项目自然终止或因其他特殊原因致使项目终止。

四、申请材料清单及说明

资料提交方式：

初审：以下全部文件扫描件电子邮件发送至本项目邮箱：aixs@bjbqejjh.org.cn（白求恩·爱相“髓”公益项目），10 个工作日反馈审核意见。

复审：通过初审的患者，根据如下要求准备指定材料 原件/复印件 邮寄至项目办

北京白求恩公益基金会 尹静雯 收 电话：010-62225769

地址：北京市海淀区西直门北大街 32 号枫蓝国际中心 B 座 506A

收到资料后，将在 10 个工作日内反馈审核意见。通过复审患者会在 10 个工作日内拨付救助款。

资料列表：

- 1、患者本人/授权人（未成年患者）身份证、银行卡 正反面复印件；
- 2、签署完成的《白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助申请须知》 原件
- 3、患者本人及家庭成员户口本 复印件
- 4、《白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助知情同意书》 原件
- 5、《白求恩·爱相“髓”公益项目患者申请表》原件
- 6、白求恩·爱相“髓”公益项目-患者救助费用申请明细表（只需要提供电子版）

7、申请人经济证明材料：

以下材料请选择 1 种提交：

- ✧ 低保证及近一年以上低保金发放流水 复印件（低保患者必选）
- ✧ 近一年以上的个人纳税证明 复印件
- ✧ 患者所在乡镇政府/街道办事处/居委会/村委会盖公章并签署日期的《家庭经济情况证明》 原件
- ✧ 患者所在单位盖具公章并签署日期的《工作收入证明》 原件

8、申请人病情证明材料：

(1) 诊断证明及病历/处方

(2) 近一年治疗费用发票原件及对应的医疗费用凭证（如费用缴纳凭证、治疗项目清单、处方笺等）

注：已经过商业保险报销的患者需要提供保险切割单，项目将救助未报销的自费部分。如查实未如实提供以上资料，将会暂停或撤销相关救助，并保留追究法律责任的权利。

9、《白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助授权委托书》

✧ 书写不便的申请患者以及未满 16 周岁的申请患者均需提交此表；

10、申请人收到救助款后 10 个工作日内，需将由申请人本人或授权委托人签字的《白求恩·爱相“髓”公益项目救助款签收单》原件邮寄至项目办：

北京白求恩公益基金会 尹静雯 收 电话：010-62225769

地址：北京市海淀区西直门北大街 32 号枫蓝国际中心 B 座 506A

注：所有材料请勿粘贴，并全部使用 A4 纸张单面打印或者复印。

需注意申请资料的递交并不代表可以获得资助，且一经递交不予退回。

五、特别声明

1、因公益项目资金有限，相关救助申请将依据项目预算及患者申请时间依次进行审核；

2、本项目不影响医生诊治及处方行为，项目对患者的身体状况、病情、药物不良反应及治疗不承担任何责任和义务；

3、在申请、受助期间，患者及其指定紧急联系人、授权委托人应保证联系方式畅通，相关方联系方式变更时，应及时通知项目办。如对项目有任何疑问，请通过官方渠道发布的联系方式咨询。凡由于患者自身原因，或者患者受托人原因，或者未经核实擅自按照虚假或者不实信息提交材料导致不合格、超过申请时间造成患者治疗中断、受助延误、病情影响等后果，项目办不承担责任；

4、在申请、受助过程中，因患者本人、家属及授权委托人言行对项目办及基金会造成损失或不良影响的，患者、家属及授权委托人应承担相应的责任；

5、本项目为公益项目，本项目工作人员、志愿者不得对您收取任何费用。如发现上述行为，请您立即通过官方渠道发布的联系方式举报；

6、因不可抗力、患者自身原因或患者授权委托人原因等，导致患者无法得到项目救助，项目办不承担任何责任；

以下无正文

.....以下为签字页.....

我已仔细阅读并充分理解《白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助申请须知》全部内容，充分知晓申请条款及终止条款，愿意承担相应责任和义务。

我自愿参加本项目，同意并严格遵守本项目相关规定，提交真实、合法、有效的材料，按程序申请。

项目申请人姓名（正楷）：

项目申请人签字（按手印）：

或项目申请人授权委托人签字（按手印）：

日期： 年 月 日

白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助知情同意书

因项目开展需要，项目期间可能会需要拍摄患者现场照片、录制活动视频，有可能会采集到患者及患者家属的肖像。为保证本项目合法合规开展，以及保护患者的个人信息与隐私，让您更好的掌握个人信息的使用情况，请在参加本项目前仔细阅读本知情同意书。如您有任何疑问，均可通过本项目官方渠道发布的联系方式进行咨询。请您认真阅读以下声明内容，并签署您的最终意见。

一、肖像和个人信息的收集与使用

（一）肖像和个人信息可能通过以下途径进行公开宣传：

1、 您知晓并同意个人肖像和个人信息在“白求恩·爱相‘髓’公益项目”的宣传、推广过程中使用，包括但不限于电视广告、社交媒体、网站公示、网络传播、图书报刊杂志、展览、户外或平面广告、内部交流、新闻报道，以及内部宣传使用。您在此授权基金会将带有您的肖像（包括但不限于以虚构或实际的姓名、以虚构或实际的身份等任何形式出现）的影片进行截图、编辑、删减，并在前述的使用范围内及发布载体上进行使用。您对于包含您肖像的任何相关作品包括但不限于影片、广告、报道、照片、截图等不享有任何知识产权，该作品的知识产权归属于基金会。

2、 上述图片、音视频、文字资料将会在公益平台和资助方的公开平台如微信、视频号等进行推送分享。

3、 上述图片、文字资料将可能作成公益宣传手册。

4、 上述图片、音视频、文字资料将可能其他公益活动等非商业会议中展示。

（二）您同意并授权：

1、 项目相关人员（包括北京白求恩公益基金会以及基金会委托的项目执行方的工作人员，下同）对您进行采访、拍摄、录像。

2、 项目相关人员可对您提交的图片、音视频、文字资料进行不与事实相悖的美化、编辑。

3、 肖像无偿用于“白求恩·爱相‘髓’公益项目”。

4、 授权期限为永久，自签署本同意书之日起算。

5、 基金会将在展示其历来举办的“白求恩·爱相‘髓’公益项目”活动介绍中，通过网站、展览、纪念册或其他途径使用该肖像。

6、 对您提交的图片、文字资料、原始或经过编辑的音视频资料制作成公益宣传材料用于项目及其他公益活动中进行公益宣传。

您参加本项目的决定完全遵循自愿原则，未成功参与本项目前您可以随时决定退出本项目。自您参加本项目之日起，无论何种原因导致您终止参加本项目的，本授权不可撤销，北京白求恩公益基金会均可使用授权内容。

（三）肖像和个人信息将不被用于任何盈利性商业用途。

1、 项目执行中可能会对您的信息进行处理，处理方式包括但不限于收集、使用、保留或删除等，处理您的肖像和个人信息将遵守必要性且损害最小原则，严格遵守法律相关规定。

2、 您的申请资料信息将用于识别您的身份以及项目材料审核，该类信息包括您、您的直系亲属/法定监护人及您的授权委托人的姓名、年龄、家庭住址、联系方式及身份证件等。

3、 根据项目的需求，需要您提供您及家庭成员的收入经济状况，包括姓名、身份证号、工资收入等证明资料，上述信息将被用于核对您及您的家庭经济情况是否符合项目申请条件。

4、 根据项目的需求，我们需要您提供您的诊疗情况，包括但不限于您的诊断证明、医院处方、病历、检查报告、医疗费用发票等相关资料，上述信息将被用于核对您的患病情况是否符合项目申请条件。

5、 项目审计时，将可能涉及您的个人项目信息资料提供给相关部门予以审计，如捐赠人查阅您的资料，会在提供资料前将您的信息进行去标识化以此保护您的信息。

6、 为提供更优质的公益服务，项目办可能会以电话或者短信形式向您进行项目随访，项目方案发生变更时，会根据您提交的信息向您发送项目变更的通知。

7、 在您申请、参与项目期间，为了您可以更加便捷地查阅、更正您的肖像和个人信息，同时保障您撤回对肖像和个人信息处理的同意及退出项目的权利，可通过本项目官方渠道发布的联系方式进行反馈，意见及请求将会在 5 个工作日内得到处理。

8、 您提供的资料应当确保其真实、完整、合法与准确，如资料有任何变更请及时与我们联系，如因您提交的资料不合法、不真实、不准确、不完整，您需承担因此引起的相应责任及后果，基金会保留终止救助的权利。

二、您的权利

1、当您发现项目办处理的关于您的肖像和个人信息有错误时，您有权联系我们做出更正或补充。

2、有以下情形，可以提出销毁肖像和个人信息的请求：

- (1) 处理肖像和个人信息的行为违反法律法规；
- (2) 收集、使用您的肖像和个人信息，却未征得您的同意；
- (3) 处理肖像和个人信息的行为严重违反了约定；
- (4) 未成功参与且后续不再参加我们的项目；

如若使用您的肖像和个人信息，超出了您所授权的目的及具有直接或合理关联的范围，项目办将在使用您的肖像和个人信息前，再次向您告知并征得您的明示同意。如下的情况下无法回应您的行权请求：

- (1) 与我们履行法律法规规定的义务相悖；
- (2) 与国家安全、国防安全直接相关；
- (3) 与公共安全、公共卫生、重大公共利益直接相关；
- (4) 与犯罪侦查、起诉、审判和执行判决直接相关；
- (5) 如有合理的证据证明您存在主观恶意或者滥用权利；
- (6) 将会导致您或者其他个人、组织的合法权益受到严重损害；
- (7) 涉及商业秘密。
- (8) 其他处理您的相关肖像和个人信息无需征求您授权同意的情形；

根据相关法律法规及国家标准，以下情形我们可能会处理您的相关肖像和个人信息而无需征求您的授权同意；

- (1) 为肖像和个人信息处理者履行法定义务或法定职责所必需；
- (2) 为应对突发公共卫生事件，或者紧急情况下为保护自然人的生命健康和财产安全所必需；
- (3) 依法在合理范围内处理您自行公开或者其他已经合法公开的肖像和个人信息；
- (4) 为公共利益实施新闻报道、舆论监督等行为，在合理范围内处理您的信息；
- (5) 法律、行政法规规定的其他情形。

以下无正文

.....以下为签字页.....

我已仔细阅读并充分理解《白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助知情同意书》内容。

我自愿参加本项目，且授权并同意基金会在上述告知范围内收集、存储、使用、提供、删除我所提供的信息。

我知晓参与本项目后的受益以及可能存在的风险，我具备对自己的行为承担相应责任的行为能力，并自愿为此承担全部责任。

项目申请人姓名（正楷）：

项目申请人签字（按手印）：

或项目申请人授权委托人签字（按手印）：

日期： 年 月 日

白求恩·爱相“髓”公益项目患者申请表

基本信息	姓名		性别		出生日期	
	身份证号				联系方式	
	户籍地址					
	常住地址					
	开户名				开户银行	
	银行账号					
疾病情况	患者所患疾病	☐ 淋巴瘤 ☐ 骨髓瘤		疾病确诊年份		
家庭信息	是否低保家庭	☐ 是（提供低保证明复印件） ☐ 否			医保参保城市	
	医保类型（报销比例）	☐ 无 ☐ 医保____% ☐ 新农合____%			是否有商业医疗保险	☐ 是 _____ 报销比例：_____ ☐ 否
	家庭总人口：____人，家庭赡养成员数（无劳动能力人员）：____人，家庭劳动力：____人					
	家庭经济收入主要来源： ☐ 稳定工作 ☐ 打工 ☐ 务农 ☐ 待业 ☐ 政府救济 ☐ 其他					
	上年度全年家庭总收入：_____元			上年度全年家庭医疗费用总支出：_____元		
	上年度赡养家庭成员总支出：_____元			家庭是否有外债： ☐ 无 ☐ 有：_____元		
医学专业意见	该患者被确诊为 ☐ 淋巴瘤 ☐ 骨髓瘤中的_____（确诊疾病名称）， 且于我院接受治疗，本患者所述病情真实。 诊疗医院名称： 主治医生（签字）： 日期：_____年____月____日					
经济证明	☐ 低保证明及低保金发放流水 复印件 ☐ 个人纳税证明 复印件 ☐ 《工作收入证明》原件 ☐ 《家庭经济情况证明》原件 注：以上证明材料选择1项提交，相关内容详见附件。					
申请人签字	本人在此声明，已完全知晓北京白求恩公益基金会——白求恩·爱相“髓”公益项目的全部信息，同意并严格遵守项目的相关规定，承诺所填写及所提供的申请信息全部真实有效。自愿按程序申请项目，本人愿意承担违反规定后的一切后果。 申请人签字（按手印）：_____ 日期：_____年____月____日					

注：1、该项目为公益项目，请如实填写，如有不实或隐瞒将取消资格，情节严重者将追究法律责任并追回救助款。

2、必须字迹清晰、无涂改，表格中所有内容均需填写。如无此项，请填写“无”或注明情况。

直系亲属信息表一	与申请人的关系：_____ 姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 固定电话：_____ 手机：_____ 以下请您如实填写目前工作情况(无工作请注明日的情况及原因) 工作单位/就谈学校：_____ 工作职位/职业：_____ 工作时间：自_____年_____月至_____年_____日 上年度总收入_____元(年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入) 本年月平均收入_____元 _____年_____月_____日
直系亲属信息表二	与申请人的关系：_____ 姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 固定电话：_____ 手机：_____ 以下请您如实填写目前工作情况(无工作请注明日的情况及原因) 工作单位/就谈学校：_____ 工作职位/职业：_____ 工作时间：自_____年_____月至_____年_____日 上年度总收入_____元(年收入包括工资、奖金、补贴等全部收入) 本年月平均收入_____元 _____年_____月_____日

注：本页表“患者直系亲属收入信息表”为模板，如填写本项目文件过程中以上表格数量不足，可自行复制本页并根据项目要求填写上传、邮寄，不得他用。

家庭经济情况证明

兹有居民：_____（姓名），身份证号：_____，

家庭住址：_____为我辖区居民，系我村/社区

☐原建档立卡贫困户 ☐一般家庭 ☐其他；现在_____（医院名称）进行☐淋巴瘤 ☐骨髓瘤治疗，因治疗费用较高，家庭经济条件较差，无力承担全部治疗费用，现向北京白求恩公益基金会申请救助资金。

以上所述属实。

证明人：

证明人职务：

证明人联系电话：

村委会/居委会/乡镇政府/街道办事处

（盖章）

日期： 年 月 日

工作收入证明

兹证明_____（姓名），身份证号：_____，为我单位员工，工作职务：_____，上年度全年总收入_____元（包括工资及奖金等全部税前收入），特此证明。

证明人：

职务：

联系电话：

单位名称：

（盖章）

日期： 年 月 日

白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助
授权委托书

委托人：
身份证号：
联系电话：

被委托人：
身份证号：
联系电话：

本人_____为项目实际申请人，因无书写能力/其他原因说明_____，
已与被委托人达成共识，现特委托由_____（姓名），与项目实际申请人的关系：_____，为本人合法代理人，全权代表本人办理相关事项，被委托人在办理本项目事项过程中所签署的一切文件，本人均予以承认，并承担相应的法律责任。

委托期限：自签字之日起至本项目所有事项办理完毕为止。

注：被委托人需为申请患者的直系亲属，即申请患者的父母、配偶或子女；

实际申请人为未满 16 周岁的未成年人时，委托授权人必须为其法定监护人。

项目申请人及委托人（正楷）：

项目申请人及委托人（签字按手印）：

被委托人（正楷）：

被委托人（签字按手印）：

日 期： 年 月 日

受托人身份证及与委托人关系证明材料
户口本首页及委托人、授权委托人页黏贴处

白求恩·爱相“髓”公益项目

患者救助情况告知邮件

项目办会根据该患者是否被确定为救助对象，通过患者提交申请的邮箱，邮件告知救助情况（救助资格确认通知&审核结果通知）。具体回复内容如下：

情况 1：经项目办审核，被确定为救助患者的申请人

主题：白求恩·爱相“髓”公益项目 - 救助资格确认通知

尊敬的_____：

您好！您于 XXX 年 XX 月 XX 日向北京白求恩公益基金会提交了《白求恩·爱相“髓”公益项目患者救助申请书》，按照项目相关审核办法与流程，我们很高兴地通知您，您已被确定为“白求恩·爱相‘髓’公益项目”的救助对象，（如为多次救助患者，可选填一下内容：本次为您第 X 申请本项目，既往获得资助金额为人民币 X,000 元整）。

以下是您的本次救助资格确认信息：

1、救助金额： 本次被获得的救助金额为 ¥_____（人民币大写：_____）

2、资金发放： 救助资金将在邮件送达后的 10 个工作日内发放至您提交的银行账户，账号：_____（开户行信息：_____）。

3、后续步骤：请您在收到资金后的 10 个工作日内签署并邮寄《白求恩·爱相“髓”公益项目救助款签收单》至项目办。

请您按照项目要求，及时完成后续步骤。如有任何疑问或需要进一步的协助，请随时通过以下联系方式与我们联系。

联系方式：

电话： 010-62225769

地址： 北京市海淀区西直门北大街 32 号枫蓝国际中心 B 座 506A

邮箱： aixs@bjbqejjh.org.cn

最后，我们衷心希望本项目能够为您的治疗提供帮助。祝您早日康复，生活愉快！

北京白求恩公益基金会

2024 年 XX 月 XX 日

情况 2：经项目办审核，未被确定为救助患者的申请人

通过电话方式进行告知

白求恩·爱相“髓”公益项目
救助金签收单

北京白求恩公益基金会：

我是患者_____（姓名），身份证号：_____，
我于_____年____月____日收到贵基金会“白求恩·爱相‘髓’公益项目”救助金
共计：¥：_____（人民币大写：_____元）。

签收人签字（按手印）：

日 期： 年 月 日