

## 医疗申请表

【以下内容由申请人或其监护人填写（请用黑色或者蓝黑色墨水笔书写）】

身份证号码																		
姓名					性别			民族			年龄			职业				
文化程度					电话							微信						
家庭住址																		
患何病：								患病时间：										
已花费医疗费：								仍需医疗费用数额：										
家庭成员有无残疾患病	<input type="checkbox"/> 残疾（称谓 何种残疾）								<input type="checkbox"/> 长期患病（称谓 患何病）									
	<input type="checkbox"/> 学生（称谓 就读年级）								请在相应的 <input type="checkbox"/> 内打“√”									
收入来源	<input type="checkbox"/> 务农 <input type="checkbox"/> 打工 <input type="checkbox"/> 工薪 <input type="checkbox"/> 经商 <input type="checkbox"/> 其它																	
家庭主要成员	称谓	姓名	年龄	身体状况	年收入				年支出									
<b>申请人已得到救助情况</b>																		
国家	<input type="checkbox"/> 五保 <input type="checkbox"/> 低保 <input type="checkbox"/> 医保 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 大病救助及金额： <input type="checkbox"/> 无																	
单位	<input type="checkbox"/> 单位捐赠（金额：                                   ） <input type="checkbox"/> 单位个人捐赠（金额：                                   ） <input type="checkbox"/> 无																	
其他机构或个人捐赠	<input type="checkbox"/> 其他机构捐赠（机构名称：                    金额：                   ） <input type="checkbox"/> 个人捐赠（金额：                   ） <input type="checkbox"/> 无																	
申请人还需提交资料 (资料不全，恕不办理)	<b>1、申请人身份证正反面（无身份证者，请附申请人户口本主页和本人页）一份；</b> <b>2、申请人诊断证明（或能反映病情的病历首页）一份；</b> <b>3、病人就医前和就医时照片共 3-5 张。</b> <b>【上述材料和照片均可扫描或手机拍照后发送至河北进德公益基金会邮箱：<a href="mailto:info@jinde.org">info@jinde.org</a>】</b>																	
<h3 style="color: blue;">本人声明</h3> <p style="color: blue;">本申请表所填写内容均为我个人的真实信息，所提交的身份证明文件和照片真实、有效。本人同意贵机构将我提供的上述信息登报，并上网求援。如有任何虚假信息导致贵机构损失的，本人将承担全部法律责任，与贵机构无关！</p> <p style="text-align: right;">申请人/监护人签名：</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">年    月    日</p>																		

以下内容由申请人、推荐人及申请人所在单位/村委会/居委会负责人填写

尊敬的各位推荐人、负责人：

医疗救助资金为爱心人士无偿捐献，专为家庭特别贫困、无钱就医的患者提供紧急援助。

请您对求援申请人严格核实，务必让爱心人士奉献的善款用于真正有需要的贫困患者身上。多谢您的合作与支持！

河北进德公益基金会 敬启

申请人个人病情及其家庭贫困状况：

申请人情况

本人或代笔人签名：

年 月 日

推荐人意见

推荐人签名：

联系电话：

年 月 日

单位意见

负责人签名：

(公章)

联系电话：

年 月 日

进德审核