

中国红十字基金会合生元母婴救助基金

资助申请表（妈妈版）

一、申报须知

（一）本资助申请表由中国红十字基金会合生元母婴救助基金（以下简称“合生元基金”）制作，解释权归合生元基金所有；

（二）该项目救助范围为具有中国国籍的贫困重症母婴，即育儿期（孩子3岁以下，包括怀孕中）的妈妈和0岁至14岁的孩子；

（三）患者的所有申报资料由患者本人或法定监护人填报，并保证所有资料的真实性和完整性；

（四）本申请表的递交并不代表已经获得救助资格；

（五）合生元基金负责所有申报资料的审核和审批工作；

（六）获得救助资格的患者资助款的拨付由合生元基金统一协调负责；

（七）对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，合生元基金将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将依法追究法律责任；

（八）所有得到资助的患者或患者监护人均有责任和义务为捐助人提供必要的文字、照片、影像等材料；

中国红十字基金会合生元母婴救助基金办公室

地址：广州市珠江新城珠江西路5号广州国际金融大厦29楼 电话：020-38189600 传真：020-38189888

地址：北京市东城区东单北大街干面胡同53号 电话：010-85594916

(九)所有得到医疗资助的患者或患者监护人均有责任和义务配合合生元基金用于公益目的宣传和采访活动,并同意使用照片、影像等资料。

我确认已经阅读了以上全部条款,并同意所有申报规定。

申请人签字: _____

申报日期: _____年____月____日



中国红十字基金会合生元母婴救助基金办公室

地址: 广州市珠江新城珠江西路5号广州国际金融大厦29楼 电话: 020-38189600 传真: 020-38189888

地址: 北京市东城区东单北大街干面胡同53号 电话: 010-85594916

二、患者及家庭基本情况

姓名		民族	
出生日期		联系电话	
户口所在地	_____省(市)_____市(县)_____		
通讯地址	_____省_____市(县)_____		
身份证号码			
家庭人口		家庭劳动力人口	
家庭年总收入			
家庭所在地区居委会或村委会意见： <div style="text-align: right;"> (盖章) _____ 年 月 日 </div>			

中国红十字基金会合生元母婴救助基金办公室

地址：广州市珠江新城珠江西路5号广州国际金融大厦29楼 电话：020-38189600 传真：020-38189888

地址：北京市东城区东单北大街干面胡同53号 电话：010-85594916

三、患儿医疗情况简述

患者在治疗过程中的介绍(请参考下列附注说明,尽可能详细一些)：

1. 现在是否住院治疗?
2. 患者是什么时候确诊的? 确诊医院在哪里?
3. 确诊后在哪家医院进行治疗? 治疗的效果如何?
4. 治疗的花费情况如何? 完成治疗还需要多少治疗费?
5. 家庭的经济情况如何? 可以承担的医疗费用有多少?



中国红十字基金会合生元母婴救助基金办公室

地址：广州市珠江新城珠江西路5号广州国际金融大厦29楼 电话：020-38189600 传真：020-38189888

地址：北京市东城区东单北大街干面胡同53号 电话：010-85594916

四、患儿监护人求助陈述



The image shows a large empty rectangular box intended for the guardian's statement. In the background, there are two faint logos. The one on the left is the logo of the Chinese Red Cross Foundation (CRCF), featuring a red cross and the text 'CRCF CHINESE RED CROSS FOUNDATION 中国红十字基金会'. The one on the right is the logo of the Bigtime China Foundation for Mother & Child, featuring two stylized figures and the text 'BIGTIME CHINA FOUNDATION FOR MOTHER & CHILD'.

中国红十字基金会合生元母婴救助基金办公室

地址：广州市珠江新城珠江西路5号广州国际金融大厦29楼 电话：020-38189600 传真：020-38189888

地址：北京市东城区东单北大街干面胡同53号 电话：010-85594916

五、申请表附件材料

以下附件请随申请表一并附上：

1. 患者生活照片；
2. 患者本人身份证和户口本复印件；
3. 患者妊娠证明或子女出生证明；
4. 患者确诊时的医疗诊断证明，须加盖**原章**；
(如有其他医学检查报告，也可一并提供)
5. 患者本人的正规医疗发票**原件**；

(如票据已用作医保或新农合报销，须提供分割单**原件**替代
医疗发票)

6. 请填写申请人本人账户信息：

户名： _____

账号： _____

开户行名称： _____

中国红十字基金会合生元母婴救助基金办公室

地址：广州市珠江新城珠江西路5号广州国际金融大厦29楼 电话：020-38189600 传真：020-38189888

地址：北京市东城区东单北大街干面胡同53号 电话：010-85594916