

编号:

## 浙江省青少年发展基金会 向阳花少儿医疗救助基金申请表

青少年姓名: \_\_\_\_\_ 性别: \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  
家庭地址: \_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_县(市、区)\_\_\_\_\_乡(镇)\_\_\_\_\_村  
监护人姓名: \_\_\_\_\_ 身份证号码: \_\_\_\_\_  
固定电话: \_\_\_\_\_ 手机: \_\_\_\_\_

### 申请须知

1、为更好地服务青少年的健康成长,本着“以人为本、有效救助”的公益理念,浙江省青少年发展基金会(以下简称浙江省青基会)联合浙江人民广播电台城市之声(以下简称私家车107)、浙江人民广播电台音乐调频(以下简称动听968)共同设立了“向阳花少儿医疗救助基金”(以下简称向阳花基金),旨在通过倡导建立“政府主导、社会援助、家庭自救”的医疗救助模式,切实帮助家庭经济困难青少年在遭遇意外伤害或重大疾病时缓解就医方面的困难。

2、向阳花基金主要救助对象为家庭经济困难的0-18周岁遭遇意外伤害或重大疾病的青少年。申请救助青少年及监护人须自愿填写本申请表,并提交青少年病情证明、监护人身份证、户口本(外来务工家庭需提供居住证)、户籍所在地(暂住地)乡镇级人民政府(街道办事处)出具的家庭经济困难证明、参加新型农村合作医疗或医疗保险证明等材料复印件,所有材料均一式两份。患病青少年家庭通过指定医院专科主任签署诊断意见(医院盖章)后向浙江省青基会提出书面申请。浙江省青基会审核通过后向患者提供医疗资助。

3、申请救助青少年及其监护人须保证所有申报资料的真实性和完整性。对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为,一经发现,向阳花基金将不予资助;如已获资助,将依法追索其所获得的全部资助款。

4、因公益透明度、募款宣传和监督需要,受助青少年家庭有义务配合做好相关采访工作,浙江省青基会、私家车107、动听968有权在法律允许的范畴之内及不违背向阳花基金基本理念的前提下谨慎使用其文字、照片和影像等资料,具体包括发布打了马赛克的患者照片、病情、家庭情况,以及对患者家庭的前期调查和回访及情况报告的发布。

5、向阳花基金仅用于抵扣审核通过的青少年在指定医院接受治疗的医疗费用,不得提现。若申请救助青少年在资助款拨付之前先行结账出院,视为自动放弃救助。

6、浙江省青基会是社会救助资金的募集单位,在申请救助青少年及监护人充分了解医疗风险、医疗救助过程和自愿申请的基础上,根据有关单位的审核意见,终审并提供医疗资金救助,不承担任何因医疗事故或其他纠纷的法律责任。

7、浙江省青基会地址:杭州市文二路188号省团校西楼103;邮编:310012;电话:0571-87027471;网址: <http://www.hope.zj.com> (浙江希望工程在线)。

8、申请救助青少年及监护人确认完全了解以上条款,并同意所有申报规定。

监护人签字:

年 月 日

## 基本情况登记表

救助类型	意外伤害救助	<input type="checkbox"/> 咬伤、误食异物（中毒） <input type="checkbox"/> 摔伤（车祸伤） <input type="checkbox"/> 烧烫伤 <input type="checkbox"/> 其他（                      ）		
	大病救助	<input type="checkbox"/> 儿童白血病 <input type="checkbox"/> 先天性心脏病 <input type="checkbox"/> 新生儿疾病 <input type="checkbox"/> 苯丙酮尿症 <input type="checkbox"/> 其他（                      ）		
家庭基本情况	医疗费用预算		家庭可承担费用	
	家庭年总收入		家庭人口	
	青少年姓名		是否参加 医疗保险	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	父亲姓名		母亲姓名	
户籍所在地 (暂住地) 单位审核	乡镇级人民政府(街道)的家庭经济困难证明	联系人签字: _____ (单位盖章确认) 联系电话: _____ 年 月 日		
	监护人工作单位证明意见	负责人签字: _____ (单位盖章确认) 联系电话: _____ 年 月 日		
救助医院审核	医院名称		就诊科室	
	医院意见	科室主任签字: _____ (单位盖章) 年 月 日		
终审	浙江省青少年发展基金会终审意见	经审核，决定资助 _____ (金额大写)。 经办人签字: _____ 部门负责人签字 _____ (单位盖章)      年 月 日		

## 青少年病情及家庭情况简述

青少年情况简述：（请参考下面的附注说明,尽可能详细一些）

1. 孩子的病情是什么时候发生的？确诊医院是哪家？
2. 确诊后现在是否住院治疗？若是，在哪家医院进行治疗？治疗的情况如何？
3. 孩子治疗的花费情况如何？完成治疗还需要多少治疗费？
4. 孩子是否有医疗保险？如有，具体报销情况如何？
5. 其他情况。

家庭经济困难情况简述：

## 附件 1：身份证明

青少年及监护人的户口簿及身份证（复印件）粘贴处：

外来务工家庭暂住证粘贴处：

## 附件 2： 青少年病情诊断书

指定救助医院出具的符合救助病种的诊断证明（复印件）粘贴处：

### 附件 3：参加医疗证明

已参加新型农村合作医疗或医疗保险证明（复印件）粘贴处：