



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

附件1

北京屈正爱心基金会

瓣膜资助项目 资助申请书

患者姓名：_____

手术医院：_____

填表时间：_____

重要提示：

- 1、在填写资助申请表之前，请您认真阅读《瓣膜资助项目患者及家属告知书》；
- 2、请您确保所提交信息的真实性，如果提交的申请表与实际情况不符，您将承担因虚报而引起的法律责任；
- 3、申报内容必须完整填写；
- 4、申报材料中要求本人签字并摁手印的部分，请务必按要求签字并摁手印。

申请资料如下：

- 1、患者本人身份证复印件
- 2、患者本人及共同生活家庭成员户口本复印件
- 3、诊断证明、治疗发票、出院证明或出院小结复印件
- 4、困境证明材料，例：低收入证明原件（附件2）或低保证明复印件等
- 5、其他证明材料：劳动模范证/或英模人物证书或烈士证明/现役军人证/退役军人证/人民警察工作证/突出贡献者的相关表彰文件复印件等（满足其一即可）
- 6、医疗救助确认单原件（附件3）



瓣膜资助项目患者及家属告知书

北京屈正爱心基金会：

我是患者_____，现向北京屈正爱心基金会申请瓣膜资助项目。

1、本人充分了解心脏瓣膜手术作为医疗行为所存在的不确定和各种风险，并已做好认定手术方案及承担手术风险和后果的准备。

2、本人的所有申报资料均由本人或家属（监护人）填报，并保证所有资料的真实性和完整性；并承担因虚报而引起的法律责任。

3、本人手术方案认定以及手术后果由本人或家属（监护人）承担。

4、如果获得资助，我同意配合北京屈正爱心基金会公益项目的宣传和采访活动。

5、我了解本申请表的递交并不代表已经获准得到北京屈正爱心基金会医疗资助，同时申请资料不退回。

6、我确认已经全部阅读了基金会相关资助条款，并同意所有申报规定。

患者本人签字：_____签字

（摁手印）

20 年 月 日



一、患者基础信息（以下表格请手写）

姓名		性别		民族	
出生日期	年 月 日	联系电话			
身份证号码					
户口所在省		所在市		所在区县	
详细地址					
是否为特困家庭, 请划✓	☐ 低保户 ☐ 精准扶贫户 ☐ 建档立卡户 ☐ 残疾家庭 ☐ 特困家庭 ☐ 因病致困 ☐ 低收入家庭 ☐ 其他, 请备注_____				
医保类型	☐ 无 ☐ 城镇医保 ☐ 农村合作医疗 ☐ 商业保险 ☐ 其他类型 ()				
家庭情况陈述 (需手写, 字数不低于 200 字)					

患者本人签字: _____ (需按手印)

二、患者图片信息表（请提供日常生活照）

单人 7 寸以内正面照



三、共同生活家庭成员信息表

姓名	关系	年龄	职业	年收入	备注

举例：

患者姓名	本人	50 岁	工人	低保收入1000 元	一年支出XX 元， 生活费XX 元。
------	----	------	----	------------	-----------------------

家庭未还清的债务情况

借债时间	债务原因	借债金额	是否偿还



附件2

收入证明

兹证明_____为_____

(家庭地址)居民, 家庭基本情况如下:

一、家庭人口共_____人;

二、家庭成员组成(备注关系):

_____;

三、目前家庭主要困难: 因家庭成员_____患有_____

病, 现经济收入不能承担医疗费用, 特申请医疗救助金。

以上信息属实。

乡镇政府/街道办事处/居委会

(盖章)

经手人签字:

经手人电话:



北京屈正爱心基金会
Beijing Quzheng Charity Foundation

附件 3

北京屈正爱心基金会 医疗救助确认单

受捐人_____身份证号: _____

监护人_____身份证号: _____

受捐人与监护人关系:_____

(举例, 如夫妻关系、父子/女关系、母子/女关系等)

本人_____,住院病案号_____; 在_____

_____医院接受_____病治

疗, 现已出院。本人收到北京屈正爱心基金会医疗救助款人民币

_____元, 大写: _____。

受捐人(监护人): _____

(签字按手印)

20 年 月 日



附件4

受助人回访表

一、基本信息

- 1、受助人姓名：_____
- 2、性别：男 ☐ 女 ☐
- 3、联系方式：_____
- 4、家庭住址：_____
- 5、受助项目名称：_____
- 6、回访人：_____
- 7、回访方式：☐电话 ☐上门 ☐网络 ☐其他，请备注_____
- 8、回访日期：_____年_____月_____日

二、回访内容

- 1、当前职业
☐在职 ☐退休 ☐无业 ☐其他，请备注_____
- 2、治疗后恢复情况
症状改善：☐显著改善 ☐部分改善 ☐无改善 ☐恶化
其他_____
- 3、复查及随访
最近一次复查时间：_____
结果：☐正常 ☐异常（说明：_____）



是否定期复诊？ ☐是 ☐否

4、日常活动能力能否自理？

☐完全自理 ☐部分需协助 ☐完全依赖他人

5、工作与生活：是否恢复工作/学习？

☐是 ☐否

6、经济负担变化

☐明显减轻 ☐略有减轻 ☐无变化

7、生活近况说明

提示：

根据受助人隐私保护原则，本表信息仅用于资助项目评估与后续服务。