

## 慈济慈善事业基金会

### 大爱友她-困难家庭妇女两癌患者帮扶项目申请表

患者姓名		身份证号		慈济个案号	
性 别		出生年月日		民 族	
确诊病种				医保种类	
治疗阶段	<input type="checkbox"/> 确诊，未手术（确诊时间_____） <input type="checkbox"/> 术后一年内 <input type="checkbox"/> 术后第____年 <input type="checkbox"/> 术后复发				
手术医院				手术时间	
过去六个月 医保结算前 医疗总费用				过去六个月 自负医疗总费用 (附相关凭证)	
债务情况 (借款渠道/万元)				家庭上年度 收入总计(万元)	
过去六个月内接受其他 社会资源资助的声明 (请附上相关记录)	资助日期/机构平台/金额:			家庭情况 (低收入人口请附 相关认定证明)	<input type="checkbox"/> 低收入人口 <input type="checkbox"/> 慈济个案 <input type="checkbox"/> 其他_____
联系人姓名		电话号码		与患者关系	
常住地址					
请正楷抄写以下声明内容:					

**我声明以上所填写内容真实。**若经发现虚假、伪造或隐瞒等行为，将失去申请资格并退回所获得的全部医疗资助，情节严重者将承担法律责任。

**患者签名：** \_\_\_\_\_

**申请时间：**     年     月     日

以下由提报单位、志工团队、慈济慈善事业基金会填写。

提报单位签字	志工团队签字
两位签字： _____ 日期： _____	两位签字： _____ 日期： _____
慈济慈善事业基金会 项目处复核建议	慈济慈善事业基金会 主管审批
<input type="checkbox"/> 符合条件，建议补助（ <input type="checkbox"/> 拨付患者 <input type="checkbox"/> 预付至医院） <input type="checkbox"/> 不符合条件，不建议补助 补助金额： _____ 签字： _____ 日期： _____	签字： _____ 日期： _____