

源公益专项基金“儿童神经母细胞瘤”项目申请材料目录

序号	材料内容	份数	详情
1	项目知情同意书	1	必须为原件 ，需由患儿法定监护人签字。
2	项目申请表	1	需患儿法定监护人于签字处签名
3	患儿家庭户口本复印件	1	患儿所有家庭成员户口本复印件
4	患儿法定监护人身份证复印件	1	患儿法定监护人身份证复印件(父母双方)
5	诊断证明 原件 (医生签名并加盖医院诊断证明章)	1	项目合作医院出具的神经母细胞瘤诊断证明。
6	病历首页和出院记录	1	只需提供最近一次病历首页和出院记录
7	经济证明 (三选一)	1	1.享有低保家庭应提供低保证复印件 2.建档立卡脱贫户需要提供相关登记证复印件 3.如无上述资料，农村居民提供村委会、城市居民提供居委会出具的家庭经济状况证明并盖章 (原件)，有工作单位的监护人还需提供工作单位的工资证明并盖章 (原件)。
8	患儿生活照	1	病前和病后各一张 4 或 5 寸照片 (电子版即可)
9	求助信	1	患儿得病前、后家里的情况；患儿的治疗情况；现在所处的具体困境等，请尽可能详细描写。

注明：递交表格和材料并不代表已经获准得到资助。

申请材料提交方式：

扫描下方二维码，线上提交。



经源基金项目组联系，**确认获得资助**后，请同时邮寄申请材料和患者确诊后有效医疗票据至如下地址：

收件人：源基金

地址：北京市海淀区蓝靛厂南路 25 号嘉友国际大厦 903，北京新阳光慈善基金会。

邮编：100097。

联系电话：010-88121028。

源公益专项基金“儿童神经母细胞瘤”项目知情同意书

一、本项目资助确诊时五周岁以内、患有神经母细胞瘤的儿童。

二、患儿家庭需按源公益专项基金“儿童神经母细胞瘤”项目申请材料目录提交书面申请材料。资料不完整的，需提供相关书面说明材料，由源公益专项基金“儿童神经母细胞瘤”项目组审核。

三、患儿的所有申报资料由患儿法定监护人（有民事行为能力的成年人）负责填报，并保证所有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，项目组将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将对之采取行政或法律手段进行诉讼。

四、本项目资金用于患儿在项目合作医院接受神经母细胞瘤治疗手术和化疗所发生的医疗费用。源公益专项基金按照患儿治疗进度向患儿所在医院拨付资助款，如有剩余款项由医院财务处直接退回源公益专项基金原汇款账户。患儿家属须向北京新阳光慈善基金会提交报销后的医保结算单原件或与其具有同等效力的医保结算单复印件（必须加盖留存该票据单位的红色公章）；若患儿没有参保，则须提供发票原件。患儿获得医保报销后，鼓励将基金资助款的报销部分退回，凡退回者将优先享有后续治疗费用的资助款项。

五、申请人自愿承担患儿的诊断、治疗方案认定、治疗风险及救助过程中产生的救助款以外的费用。医院和患儿之间的关系仅为医患关系。项目办公室及资助方对医疗救助过程中产生的医疗纠纷免责。

六、源公益专项基金将会在包括但不限于网络的媒体公示患儿的姓名、照片、家庭经济状况、疾病及治疗状况等信息以供社会监督，提交申请即表示申请人同意对上述信息进行公示。

七、得到医疗资助的患儿及监护人有责任和义务提供必要的反馈材料和照片等，有义务配合源公益专项基金“儿童神经母细胞瘤”项目的相关拍摄及采访。并同意无条件的将患儿照片、录像等资料用于源公益专项基金“儿童神经母细胞瘤”项目的宣传。

八、源公益专项基金“儿童神经母细胞瘤”项目不向患儿家庭收取任何申请费用，也不对本项目捐款收取任何管理费。对不符合救助条件的申请材料不另行通知，材料不予退回。

九、我已经认真阅读源公益专项基金“儿童神经母细胞瘤”项目知情同意书，并同意以上全部条款所规定的内容。

患儿法定监护人阅读并同意后签字：

年 月 日

源公益专项基金“儿童神经母细胞瘤”项目申请表

患儿姓名		身份证号				2 寸 照片 粘贴
性 别		年 龄		民 族		
入院诊断				治疗方式		
诊断医院				医保种类		
患者治疗进展				目前花费情况		
户籍地址						
直系亲属姓名		身份证号				与患儿关系
患儿直系亲属联系电话	1、		2、		3、	
电子邮箱或 QQ 号码						
家庭上年度收入总计						接受过其他资助情况
债务状况						房产及估值
家 庭 成 员 情 况	姓名	年龄	与患儿关系	职业	上年度收入总计	

我声明以上所填写内容真实。患儿直系亲属签名：_____