**“达佑新生”慈善援助项目**

**患者申请书**



# 申请人：

**患者姓名：**

**日 期：**

**亲爱的患者/家属：**

**请您按照项目材料目录备齐申请材料，递交北京新阳光慈善基金会“达佑新生”慈善援助项目组，如有相应问题，可咨询新阳光工作人员。**

**北京新阳光慈善基金会联系电话： 400-006-2988**

 **“达佑新生”慈善援助项目组联系邮箱： shenmuguanai@isun.org**

 **“达佑新生”慈善援助项目申报材料目录**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料内容 | 份数 | 详情 |
| 1 | “达佑新生”慈善援助项目资金捐赠知情同意书 | 1 | **必须为原件，一式两份，一份寄北京，一份自行留存**。 |
| 2 | “达佑新生”慈善援助项目申请表 | 1 | **必须为原件**1、所有信息必须真实2、“患者上年度收入总计”一栏务必如实填写3、粘贴患者二寸证件照片一张4、确保信息真实后，抄录风险提示语并签字5、确保患者银行账号正确6、需注明患者药费占家庭月收入的情况 |
| 3 | 患者家庭户口本复印件 | 1 | 患者所有家庭成员户口本复印件 |
| 4 | 患者身份证复印件及患者监护人身份证复印件 | 1 | 未成年患者如无身份证，则需要提供出生证明复印件；患者监护人身份证复印件，仅限于**未成年人或没有行为能力的成年人提供** |
| 5 | 诊断证明 | 1 | 二级及以上医院出具的患神经母细胞瘤的诊断证明。需要含有医生签名并加盖医院诊断证明章原件，开具时间为 6 个月以内。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 6 | 家庭经济情况证明 | 1 | 1.低保证或其他享受社会救助的证明。2.村/居委会开具的家庭收入证明或家庭经济情况说明，提供原件，落款盖章时间为6个月以内。3.其他能够说明患者家庭经济情况困难的材料，比如个人求助信。 |
| 7 | 人源化GD2单抗的药品发票原件和处方 | 1 | 1.如果是**药店或民营医院发票**，只收取报销金额**对应的原件**，未报销金额部分发票提供复印件即可。如果是**公立医院**发票，需收取累计金额和报销金额的**全部原件**。2.发票有效性：开具时间自2023年6月1日及之后的中国大陆药品发票。3.处方有效性：6个月内。 |
| 8 | 个人素材使用知情同意书 | 1 | 必须为原件抄录风险提示语并签字后，一份寄北京，一份自行留存。 |
| 9 | 医生证明 | 1 | 必须为原件推荐医生可为患者治疗团队中任意一人，熟悉患者病情。 |

注明：

1.序号6和9号材料需至少提供一项；

2.递交申请材料并不代表一定能获准得到资助；

3.由于资金有限，会按照申请时间审核患者资助名单。

邮寄地址：北京市海淀区蓝靛厂南路25号嘉友国际大厦903室
邮编：100142
收件人：“达佑新生”慈善援助项目组
电话：400-006-2988

**“达佑新生”慈善援助项目**

**药费资助知情同意书**

亲爱的患者：

 您好！

北京新阳光慈善基金会（以下简称“新阳光”） “达佑新生”慈善援助项目资金捐赠对象为具有中国国籍、患神母细胞瘤且需要使用人源化GD2单抗的患者，新阳光将为符合条件的患者资助不超过27.65万元的药费补贴。项目申请要求如下：

1.患者自2023年6月1日起，在中国大陆购买人源化GD2单抗使用，且有后续继续使用的治疗方案（患者接受本次药品援助前自费使用的新一代人源化GD2单抗必须是中国大陆的包装，并且使用地点为排除博鳌乐城在内的中国大陆地区医疗机构）；

2.患者有医生证明或有家庭经济困难证明（特殊情况说明：若疾病产生的人源化GD2单抗药费巨大且远超家庭年收入，可联系项目组说明具体情况，项目组会将酌情审核特批）；

3.患者确诊神母细胞瘤后预计后续1年内自付人源化GD2单抗药费费用满100万元。

项目将为符合条件的患者捐赠39500元至276500元的医疗救助，具体资助标准如下：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 自付金额 | 救助金额 | 备注 |
| 300000元-699999.99元 | 39500元 | 　 |
| 700000元-999999元 | 79000元 | 　 |
| 1000000元-1499999元 | 118500元 | 　 |
| 1500000元以上 | 276500元 | 最高救助金额276500元 |

请您仔细阅读以下内容并签字。如您不签字，视为您放弃申请本项目的资格。

您须向北京新阳光慈善基金会或本项目项目组提交以下材料：

1. **填写完整，抄录风险提示语并签名**的项目申请表原件一份（见附件），**并粘贴患者二寸证件照片**一张；
2. **已抄录风险提示语并签名**的资金捐赠知情同意书（本文件）；
3. 患者**全部家庭成员**户口簿复印件一份；
4. 患者**身份证**复印件及患者**监护人身份证**复印件；
5. 二级以上医院开具的**6个月以内的**诊断证明：加盖医院诊断证明章的**原件**一份。须注明患者姓名、疾病类型、现治疗阶段等信息；
6. 家庭经济证明文件（开具时间为6个月以内的家庭经济情况证明原件（见附件）；
7. 人源化GD2单抗的**药品发票原件**和**处方（原件）**；
8. 个人素材使用知情同意书原件（见附件）；
9. 医生证明原件（见附件）。

注明：

序号6和9号材料需至少提供一项。

***您提交申请，将视为您同意以下内容：***

1.您保证符合 “达佑新生”慈善援助项目申请条件。

2.您须如实填报所有申请信息。对**申请条件**或**申报资料**中出现虚

假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，本项目将不予资助；如已获资助，将依法追索其所获得的全部资助款。项目申请成功（即获得资助名额）之后，申请人及患者的相关基本信息将在**相关平台（包括但不限于神母关爱公众号及基金会官网、微信微博等）上进行公示。**

3.您作为患者，负责申请资料的填报并保证所有资料的真实性和完整性。新阳光负责申请材料的审核。**如您提交的材料不合格，您应当在被告知的 15 日内补正。**逾期未补正的，不再享有申请本项目资助的资格。

4.提交申请资料并**不代表您一定可以获得资助**。最终资助与否、 资助金额由北京新阳光慈善基金会决定并公示。**申请资料一经提交， 不予退回。**

5.如获得资助，则表明授权新阳光及**神母关爱公众号**使用相应肖像图文，同意将相关照片等影像资料用于公益用途的宣传或活动。

6.如审核通过，您需凭**2023年6月1日-2024年6月1日的相关药费票**据原件向新阳光核销，新阳光根据患者需要和申请分次向患者拨款用于后续治疗，如该笔拨款有剩余，则需将多余善款退回基金会，确保用以患者治疗。患者可将门诊病历原件、对应门诊处方、票据和其他证明材料等提供给新阳光，票据的自付部分金额可作为审核凭据，审核通过后分次拨付至患者个人账户。**若承诺资助款项拨付完成前，患者去世、结束治疗或您主动放弃救助资格，剩余款项将不予拨付。**

7.自**审核通过日期起，救助资格将保留12个月**，如届时仍未完成救助，新阳光将重新评估患者救助额度。

（提示：如求助者已经阅读和知悉了以上全部条款，须在以下横线上亲笔抄录：

**“*我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定*”。**）

# 患者姓名：

# 监护人姓名：

**年 月 日**

**“达佑新生”慈善援助项目申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 身份证号 |  | 2 寸照片粘贴 |
| 性别 |  | 年龄 |  | 疾病种类 |  |
| 确诊时间 |  | 治疗医院 |  | 治疗方式 |  |
| 主治医生姓名 |  | 医生电话 |  | 医保种类 |  |
| 患者治疗计划 |  | 花费情况 | 预计药费金额，药费占家庭总收入比例 |
| 户籍地址 |  |
| 直系亲属联系电话 | 1、 | 2、 | 3、 |
| 微信号码 |  | 期待药费补贴金额 |  |
| 家庭上年度收入总计 |  | 接受过其它资助情况 |  |
| 债务状况 |  | 房产及固定资产估值 |  |
| 家 庭 成 员 | 姓名 | 年龄 | 与患者关系 | 职业 | 上年度收入总计 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## 提示：如申请人确认所填写内容真实，须在以下横线上亲笔抄录：

***“我声明以上所填写内容真实，如出现虚假，愿承担相关法律责任。***

**申请人签名： 年 月 日**

* **请填写患者转账账户信息**

**户名：**

**与患者的关系：**

**开户行： 银行 省 市 支行**

**账号：**

**备注： 药费补贴**

**个人素材使用授权书**

**北京新阳光慈善基金会：**

本人 （身份证号 ）

现授权北京新阳光慈善基金会（以下简称新阳光）及相关合作方**神母关爱公众号**使用本人提供的包含但不限于照片、视频等，用于“达佑新生”慈善援助项目开展公益目的的宣传及筹款活动。

如有需要，我愿意参与本项目相关的采访、拍摄或参与出席相关活动，配合新阳光、**神母关爱公众号**共同开展的公益目的的宣传及筹款活动。

1. 您参与的活动（如线上/线下采访、影像拍摄、出席相关活动） 所产生的费用将由新阳光与合作方承担。
2. 本知情同意书一式两份，一份由新阳光保存，一份由您自行保存。如同意北京新阳光慈善基金会使用您提供的相关素材，请在下面的

横线上抄录以下文字：

***“我已阅读上述信息，并同意授权北京新阳光慈善基金会使用本人提供的相关素材用于公益目的的宣传及筹款活动。”***

##  患者签字：

## 监护人签字：

## 与患者关系：

## 年 月 日

**“达佑新生”慈善援助项目药费资助**

**医生证明**

北京新阳光慈善基金会：

患者 患有 （疾病种类），目前正在我院 科进行治疗，现治疗安排为 。其病情属实，予以证明。

# 医院名称：

**医生签名：**

**联系电话：**

**年 月 日**

1. 本推荐信署名医生可为患者医疗团队中任意一人，熟悉患者病情；
2. 联系电话可留科室电话；
3. 本推荐信仅证明该患者在署名医生所在医院及科室接收治疗，不证明该患者具体经济情况以及是否能获得项目资助。

**家庭经济情况证明**

兹有 （患者姓名），身份证号：­\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ （无户口填“无”），家庭住址 ，为我辖区居民，系我村/社区□低保户、□建档立卡监测户、□建档立卡脱贫户、□脱贫不稳定户、□边缘易致贫户、□其他特困人员，因患 (疾病)，治疗费用较高，家庭经济条件差，无力承担全部治疗费用，现申请医疗救助金。

家庭住房情况（有无房产、房屋类型、价值）：

车辆情况（有无车辆、价值）：

家庭共同居住生活人员： 人，分别为：

家庭年收入及收入来源：

家庭年收入 元，收入主要来源于：

家庭重大开支：

以上内容按实际情况填写，所述属实。

村委会/居委会

盖 章

年 月 日