三明市“爱要让你看见”慈善助老项目

申请表

申请人姓名:

联系电话:

联系地址:

编 号:

填表日期: 年 月 日

申请须知

三明市“爱要让你看见”慈善助老项目是社会医疗保障制度和慈善公益力量互相补充实施的一个公益项目，目的是为我市贫困白内障患者提供医疗援助，减轻患者医疗支出负担，帮助他们尽早解除疾患。申请项目资助，请认真仔细阅读以下内容。

一、三明市“爱要让你看见”项目仅承担医疗资金资助责任，如果发生医疗纠纷或医疗事故，受助对象与医疗承办单位依照相关法律处理，与本项目无关。

二、本项目资助贫困白内障患者手术医疗费用。

三、本表免费发放，由患者本人作为申请人，如实填写一份，由市公益慈善联合会留存。

四、受助对象有责任和义务配合本项目的宣传和采访活动，同意在报刊、杂志、书籍和电视等各类媒体上无偿使用患者的照片、影像等资料，让更多的人了解本医疗救助项目。

五、提交申请时，需同时提交以下补充材料:患者的身份证或户口本复印件及相关证明。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号码 |  | | | 联系电话 |  |
| 户籍地址 |  | | | | |
| 常住地址 |  | | | | |
| 监护人姓名 |  | | 关系 |  | |
| 身份证号码 |  | | 电话 |  | |
| 眼病情况 | □白内障 其他： | | | | |
| 贫困类型 | □低保户 □特困 □临时救助 □残疾人 □无此类情况 | | | | |
| 医保情况 |  | | 补助金额 |  | |
| 本人或  监护人  意见 | 本人申明，我已详细知晓申请须知，经慎重考虑决定接受项目资助，并保证以上内容填写内容真实、完整。  申请人：  年 月 日 | | | | |
| 项目定点  医院  意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | |
| 三明市公益  慈善联合  意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | | |