

申请审核流程

完整填写的在线表单内容为审核主要依据，带*为必填项，未填写部分将被视为“无”；申请材料中如出现虚报或者隐瞒行为，一经发现，将不予资助。

1、请于术前进行申请，申请表的递交受理不代表患者必将得到基金会的资助，同时申请资料不退回。

2、初审：审核在线表单基础信息（3个工作日内）

注意事项：

提前测量好身高体重；

提前了解主治医师姓名和科室电话；

半年内的诊断证明或相关检查报告；

一张横版、正面的患者照片。

工作人员将在3个工作日内进行电话访谈。

3、复审：工作人员审核申请材料的完整与真实性（3个工作日内），工作人员电话或微信通知审核结果。

监护人下载《授权签字文件》，由监护人签字盖章后，将材料原件寄至基金会，材料不齐或者出院前未提交申请材料原件都将影响资助。

申请人填写线上申请表且通过初审评估后，需要提供以下纸质相关资料

（特别说明：提交本申请表并不代表已通过审核，以基金会审核为准。提供的资料如有虚假、隐瞒或不实描述，基金会有权不予资助或保留追缴救助金的权利，并将追究法律责任。）

1、授权签字文件

- 1) 签字、按手印的文件“**监护人约定书**”“**肖像及资料授权书**”“**个人信息采集、管理及处置告知书**”
- 2) 需要发起公开筹款的患者，同步提交“**线上筹款发起委托书**”“**转捐声明**”“**承诺书**”

2、家庭情况及收入证明（原件） 后附参考模板

- 1) 低保家庭，需提供低保证复印件并注明开证人、联系电话方可有效；
- 2) 非低保家庭，须提供家庭困境书面说明并加盖**村委会/乡县或居委会/街道办事处章**

3、身份证明材料

- 1) 法定监护人及家庭其他成员户口簿复印件
- 2) 法定监护人身份证复印件（二代身份证正反面复印件）
- 3) 患者本人户口本或出生证
- 4) 孤儿需当地政府或民政开具的身份证明函
- 5) 患者的医保卡复印件

4、患者病情诊断证明

- 1) 证明类型：彩超报告、诊断书、手术记录、出院小结等（至少2项）

证明要求：自患者申请日期开始计算一年以内的，并且盖有医院公章原件扫描清晰图片发基金会邮箱

5、电子照片

- 1) 生活照片（横版，3张以上）
- 2) 治疗中照片（例如：输液、检查、康复等治疗过程的照片）
- 3) 脊柱侧弯及其他骨科疾病需要提供相关的 X 光片
- 4) 全家福

上述证明材料均要求提供清晰复印件，家庭情况及收入证明（原件），统一邮寄到以下地址：

办公地址：北京市朝阳区小关北里甲 2 号渔阳置业大厦 A 座 710 室 慈缘项目部

联系方式：13126968065 邮编：100029

关于本项目的任何信息均以慈缘基金会正式发布的信息为准，慈缘基金会不为误信其他渠道信息产生的任何后果承担责任。如有任何问题，请致电：

慈缘热线：400-606-0408 / 010-84860299

邮箱：ciyuan@meetcharity.org

备注：

- 1、此援助项目为慈善援助，将受到国家有关部门审计，请如实填写。如有不实或隐瞒，将取消援助资格，情节严重将负法律责任。
- 2、因患者具体情况不同可能会补充其他证明材料，以慈缘基金会具体通知为准。
- 3、以上资料无法提交完整的，或其他特殊情况，提供相关书面说明材料，由慈缘基金会审核。
- 4、当地政府部门指：街道办事处、村委会、居委会或乡（镇）级以上政府部门。

***上述表格中所有内容必须字迹清晰填写完整。**



所属项目： _____

档案编号： _____

助医申请表

申请日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者基本信息*							
姓名				出生日期	年 月 日		
身份证号				所患病症			
性别		民族		身高	CM	体重	KG
联系电话				微信号			
监护人姓名				联系电话			
电子邮箱				微信号			
备用联系人				联系电话			
户籍所在地							
现家庭住址							
志愿者姓名				联系电话			
患者日常生活照片	粘 贴 处						

过往治疗情况					
治疗时间	治疗医院	治疗病症	治疗费用	报销金额	其他
*最新治疗情况					
就诊医院			所患病症		
主治医生			医生电话		
目前治疗情况					
治疗费用预算		家庭自筹		治疗费用缺口	
医保情况	<input type="checkbox"/> 城镇医保 <input type="checkbox"/> 新农合 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 无，（原因_____）				
医保异地结算	<input type="checkbox"/> 已开通 <input type="checkbox"/> 未开通（原因_____）				
医保报销比例	<input type="checkbox"/> 知道 _____% 属地医保办电话及联系人：				
其他基金会申请情况（如没有，机构名称第一行填“无”）					
机构名称	申请日期	是否批复	资助额度		

*家庭成员信息					
姓名	与患者关系	电话	年龄	工作单位及职业	
年收入/元			年支出/元		
有无低保	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 共_____人有低保，每人每月_____元，合计_____元				
有无房产	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 房产类型_____房产价值_____元				
有无车辆	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 车辆品牌_____车辆价值_____元				
商业保险	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 保险公司及险种_____保额_____				
家庭债务情况					
借债时间	债务原因	借债金额	借债方式（银行、个人）	利息%	特殊说明

家庭情况及患者病情详述（工作人员审核时使用）

患者姓名		身份证号	
家庭情况	<p>1. 描述家庭情况（患者父母、兄弟姐妹、受教育情况，是否赡养老人，父母的工作：单位、工作内容、收入。） 2. 家庭成员是否有经历重大疾病或重大变故？（时间、事件、花费等） 3. 每年的家庭支出情况说明 4. 造成家庭困难的主要原因</p>		
患者病情	<p>1. 初次发现疾病的时间，之前到什么医院进行了什么检查？医院提出的治疗方案是什么？ 2. 之前进行过哪些治疗？花费多少？如果没有治疗，原因是什么？ 3. 患病对于自身的家庭生活、个人学习、心理造成了哪些影响？ 4. 在患病的过程中，有哪些人、机构、团队给予了关心、帮助？（请具体说明） 5. 在患病的过程中，遇到的最大困难是什么？</p>		

慈缘救助约定书

1. 本助医申请表由北京慈缘慈善基金会（以下简称“慈缘基金会”）制作，最终解释权归慈缘基金会，递交本申请表并不代表申请人已通过审核。申请表及所有材料一经递交不予退回。
2. 慈缘基金会救助范围为因患有儿童复杂先心病、脊柱侧弯、血液病、肿瘤等疾病或遭受意外伤害导致经济支出过大，在得到各种医疗保险和其他社会帮困资金后，个人负担的医疗费用数额仍然巨大，导致家庭基本生活难以维持的家庭。
3. 在前期受助资格审核过程中，慈缘基金会不向受助患者收取任何申请费用。在后续筹款及拨款过程中，患者本人或患病儿童的法定监护人同意慈缘基金会、合作公募基金会、合作公益平台收取合理的管理费用。
4. 所有申请资料由患者本人或患病儿童的法定监护人填报，并保证所有资料的真实性和完整性。对申请资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，慈缘基金会将终止救助，处于募款期的，将取消其募款资格；对于已拨款救助的，将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将依法追究法律责任（所得所有赔付将用于救助其他求助患者）。
5. 申请材料是本基金会对患者情况评估的重要依据，患者本人、患病儿童监护人同意慈缘基金会处理申请材料中所包含的个人敏感信息。
6. 患者本人及患病儿童监护人需确保留存的联络方式畅通，以便慈缘基金会联系，如有变更，应及时告知慈缘基金会。如因患者及患病儿童监护人等自身原因导致援助延误的，后果则由患者及患病儿童监护人自行承担。
7. 所有进入慈缘基金会服务流程的患者、患病儿童、患病儿童监护人均有义务和责任配合慈缘基金会进行慈善传播和筹款的宣传与采访，并同意使用受助患者的照片、影像、相关文字信息等资料。
8. 筹款项目执行过程中，慈缘基金会将在包括但不限于网络媒体公示患者的姓名、照片、家庭情况等信息，以供社会监督，提交慈缘基金会相关申请材料即表示申请人同意对上述信息进行公示。
9. 所有的项目筹款，将严格根据项目性质进行与之对应的拨款流程处理。
10. 已通过审核的患者家庭，如有申请其他基金会，须提前告知。已申请慈缘基金会上线筹款的患者家庭不得同时在其他筹款平台上线筹款。
11. 针对患者家庭申请的线上筹款，均包含了不超过筹款总额的10%作为项目的执行成本费用。执行费用涉及的工作内容包括：公募平台管理费、一线信息核实评估、医疗渠道对接、自媒体平台筹资运营、医院治疗动态探访和反馈、善款支出和票据核销监管、后期回访、项目结项调查工作等。
12. 慈缘基金会会对提交的筹款项目的最终筹款额不做任何承诺。
13. 慈缘基金会不对受助患者提供治疗方案和治疗机构的选择。
14. 患者本人或患病儿童监护人直接与治疗医院签署手术知情书并承担手术方案的认定及手术风险和后果。如出现医疗事故，患者及患病儿童监护人自行和医院协商解决。
15. 所有资助款原则上只能用于医疗救助，直接拨款至受助患者所在医院账户。患者及患病儿童监护人必须向基金会提供与捐赠额相符的治疗费票据。
16. 作为受助患者及监护人，有责任和义务监督资助款全部用于所患病症的治疗和康复，不得发生获得资助款后放弃治疗或针对资助款项的私自挪用、盗用、骗用等行为。如若发生，慈缘基金会将依法追究其法律责任。
17. 患者家庭接收的任何捐助款项都须第一时间通知慈缘基金会，慈缘基金会将合理调配捐款用途。
18. 如受助患者在受助期间由于疾病或其他原因死亡，未用完善款应用于继续救助与该受助患者同类型疾病的其他受助患者，或用于大病救助服务的其他受助人。
19. 得到资助款的受助患者有责任和义务向慈缘基金会提供必需的反馈材料。
20. 患者及其家属如果有以下行为，基金会将拒绝捐助：不孝敬父母、不赡养老人；打骂医护人员；攻击谩骂中国共产党、中国人民解放军、社会主义制度；向基金会工作人员及志愿者赠送钱物。已经捐助的，基金会将通过法律手段追回捐赠款。
21. 患者完成治疗出院之日起，半年内无住院/化疗/放疗的治疗需求或通过电话/微信/邮件的方式无法与监护人联系且超过三次的，线上公开募集善款结余转入基金会【慈缘助医】项目非限定款用于其他急症患者的救助。

请患者及患病儿童监护人将本段话（我确认已阅读监护人约定书，知晓基金会救助的申请条件，并同意以上全部约定条款。我自愿提供本人及被监护人真实有效的个人信息，同意慈缘基金会按照【《个人信息采集告知函》】处理我的个人信息。我同意并将严格遵守慈缘基金会相关规定，自愿按程序申请。） 抄录一遍。

同意上述约定确认（正楷签字及手印）

申请日期：

个人信息采集、管理及处置告知书

1. 除慈缘基金会另行通知外，项目由慈缘基金会负责执行，并由慈缘基金会负责在您参与项目期间与您沟通及联络您。为此，慈缘基金会可能收集、保存并仅为执行项目目的（用于慈缘基金会审核和评估您申请项目的资格、后续救助等事宜），使用患者和您的个人信息（包括患者及直系亲属财产信息、患者健康生理信息、患者生物识别信息、患者及直系亲属身份信息、患者及患病儿童监护人的其他信息等。）鉴于上述您个人和直系亲属信息为敏感个人信息，一旦泄露可能导致患者和/或您有关个人的人身、名誉、财产权利受损，慈缘基金会会按照适用的数据保护法规（包括但不限于《民法典》、《个人信息保护法》、《数据安全法》、《网络安全法》及其配套实施规则和国家标准，统称为“适用数据保护法规”）的要求采取与相关敏感个人信息风险水平所匹配的的安全和技术措施，防止未经授权的访问以及个人信息泄露、篡改、丢失。根据法律要求，如您发生投诉事件，慈缘基金会将该等个人信息在项目正式结束后【五年】内删除；如您希望行使适用数据保护法规规定的与个人信息相关的权利（包括但不限于修改、更正患者和/或您的个人信息），您可以通过助医申请表披露的联系方式联系慈缘基金会。
2. 根据法律要求，未经您的明确同意，慈缘基金会不会向其他第三方提供您或/和患者个人信息，但下列情况除外：（1）慈缘基金会与第三方合作为患者提供服务，出于为患者提供服务所必需向其提供您或/和患者的个人信息的；（2）当您出现投诉事件时，为使相关责任方向监管机关履行该等事件的报告义务及妥善处理该等事件，而向其提供您或/和患者的该等事件信息。
3. 在参与项目的过程中，您可能还可能向其他第三方（包括但不限于医院）提供您或/和患者个人信息，我们提醒您在向该等第三方提供个人信息前，仔细阅读或了解该等第三方对个人信息的条款，确保您了解及同意该等条款。慈缘基金会不对您与第三方之间存在的任何有关个人信息的采集、使用或销毁问题承担管理义务，亦不对此承担任何责任。

请患者及患病儿童监护人将本段话（我确认已阅读个人信息采集、管理及处置告知书，知晓慈缘基金会个人信息采集、管理及处置的必要性、信息范围及其他内容，并同意以上全部约定条款。我自愿提供本人及被监护人真实有效的个人信息，同意慈缘基金会按照【《个人信息采集告知函》】处理我的个人信息。）抄录一遍。

同意上述约定确认（正楷签字及手印）：

申请日期：

肖像及资料授权书（未成年人版）

授权方：【 】（患者姓名）
身份证号：【 】
联系电话：

被授权方：【北京慈缘慈善基金会】
联系地址：北京市朝阳区小关北里甲2号渔阳置业大厦A710

鉴于授权方为被授权方公益项目的受助人，为方便被授权方开展相关项目宣传推广，现授权方做出如下授权：

一、授权内容

授权方同意基于宣传公益项目的目的，无偿及包含转授权的情况下授予及许可被授权方及其关联公司在宣传过程使用授权方肖像、姓名及授权方的基本信息（如年龄、家庭状况、目前困境）（下称"授权内容"）。

二、授权范围及限制

- 1、授权方授权被授权方及其关联公司在全球范围的平面媒体、网络媒体等全媒体平台上（包括但不限于被授权方官网、官方微博及微信、互联网公开募捐信息平台、电视广告、线下户外广告等）推广和使用授权内容，使用目的仅限于公益项目的推广，不得用于其他任何商业或非商业用途。
- 2、被授权方可以根据推广需求对带有授权方肖像、姓名等授权内容的物料进行合理的改动和加工，被授权方的修改应保证不得损害授权方形象或将其改成毁谤、淫秽或者任何违法资料。
- 3、授权期限为：永久。

以下内容由【授权方】的父亲或母亲或监护人填写。

我是【 】的父亲或母亲或监护人，有权执行上述授权。我同意上述所有内容，本授权书由本人签署。本人姓名：【 】；身份证号：【 】。

（以下为签署页）

授权人：（可由监护人代签）

监护人：（签字+手印）

日期： 年 月 日

附件：肖像信息（附上项目资料会上传使用的照片或其他含授权肖像资料）

肖像及资料授权书（成年人版）

授权方：【 】（患者姓名）
身份证号：【 】
联系电话：

被授权方：【北京慈缘慈善基金会】
联系地址：北京市朝阳区小关北里甲2号渔阳置业大厦A710

鉴于授权方为被授权方公益项目的受助人，为方便被授权方开展相关项目宣传推广，现授权方做出如下授权：

一、授权内容

授权方同意基于宣传公益项目的目的，无偿及包含转授权的情况下授予及许可被授权方及其关联公司在宣传过程使用授权方肖像、姓名及授权方的基本信息（如年龄，家庭状况，目前困境）（下称"授权内容"）。

二、授权范围及限制

- 1、授权方授权被授权方及其关联公司在全球范围的平面媒体、网络媒体等全媒体平台上（包括但不限于被授权方官网、官方微博及微信、互联网公开募捐信息平台、电视广告、线下户外广告等）推广和使用授权内容，使用目的仅限于公益项目的推广，不得用于其他任何商业或非商业用途。
- 2、被授权方可以根据推广需求对带有授权方肖像、姓名等授权内容的物料进行合理的改动和加工，被授权方的修改应保证不得损害授权方形象或将其改成毁谤、淫秽或者任何违法资料。
- 3、授权期限为:永久。

我是【 】，同意上述所有内容，本授权书由本人签署。本人姓名：

【 】；身份证号：【 】。

（以下为签署页）

授权人：（签字+手印）

日期： 年 月 日

附件：肖像信息（附上项目资料会上传使用的照片或其他含授权肖像资料）

承诺书

本人（家长姓名）_____（家长身份证号）_____，
为患者（姓名）_____（身份证号）_____的监护
人，患者_____由北京慈缘慈善基金会进行（以下简称：我会）救助，
按我会要求，无论将善款拨付至医院对公账户还是患者个人账户，都需要提
供合格的医疗票据原件邮寄至我会。如果患者仍在院治疗或因其他特殊原
因，暂时无法提供医疗票据原件，可提出申请，先拨付项目部分善款用于患
者近期治疗，后续将票据原件邮寄至我会。

患者_____及监护人_____承诺：待医院为患者办理结算票
据后，将会按照基金会规定要求将相关票据原件寄出。

患者_____及监护人_____将遵循下列规定：

若我会拨付善款至医院账户有剩余，请告知医院将剩余善款原路退回至
我会对公账户。

在此期间产生的一切法律责任及风险由患者及监护人承担。若违反上述
规定，我会将追索通过北京慈缘慈善基金会资助的全部善款，情节严重者将
依法追究法律责任。

患者（18周岁及以上）签字及手印：_____

监护人（患儿0-17周岁）签字及手印：_____

日期：_____

家庭情况证明

兹有_____（患者姓名），身份证号_____（新生儿可以填写出生证明），家庭住址_____为我辖区居民，系我村/社区 低保户、 原建档立卡贫困户、 残疾家庭、 一般家庭、 其他，家庭人口_____人，其中劳动力_____人，学生_____人；目前正在_____（医院名称）进行治疗，治疗费用较高，因家庭经济面临_____情况，无力承担全部治疗费用，现向北京慈缘慈善基金会申请医疗救助。

所在地区村委会
(或居委会)

所在地区乡、镇政府、县政府
(或街道办事处、民政局)

情况属实，特此证明！

情况属实，特此证明！

(盖章)

(盖章)

年 月 日

年 月 日

村委会联系电话：

联系电话：

此证明必须注明开证人、联系电话方可有效

此页文件为参考模版，可直接填写，也可根据申请人实际情况手写说明。

线上筹款发起委托书

本人_____（患者/监护人）委托北京慈缘慈善基金会为患者_____身份证号：_____在线上公益平台发起本救助项目，且承诺目前没有在其他救助机构发起正在筹款的项目。

本人承诺委托真实有效，且受托人代为发布的消息、资料属实，由此在法律上产生的权利、义务均由委托人享有和承担。

随附患者信息如下：

患者姓名：

性别：

年龄：

身份证号码/出生证明编号：

所患病症：

患者与监护人关系：

监护人姓名：

患者（18周岁及以上）签字及手印：_____

监护人（患儿0-17周岁）签字及手印：_____

日期：

转 捐 声 明

本人（家长姓名）_____（家长身份证号）_____，
为患者（姓名）_____（身份证号）_____的监护
人，患者由北京慈缘慈善基金会救助，并通过公益平台发起募款，现声明：患
者完成_____病症治疗出院后，患者完成治疗出院之日起，半年内
无住院/化疗/放疗的治疗需求或通过电话/微信/邮件的方式无法与监护人联系且
超过三次的，线上公开募集善款结余转入基金会【慈缘助医】项目非限定款用于
其他急症患者的救助。将爱心传递。

患者（18周岁及以上）签字及手印： _____

监护人（患儿0-17周岁）签字及手印： _____

日期：