附件2

湖南省红十字基金会“云帆计划专项基金”

资助知情书

1、申请人必须符合湖南省红十字基金会“云帆计划专项基金”（简称“云帆基金”）的资助对象。

2、申请流程：电话或微信向定点医疗机构提出筛查申请，预约筛查时间，符合条件者填写资助申请表，预约住院时间，住院手术，出院后递交相关报销资料，等候报销。

3、申请筛查时，**申请人须提供证明自己为湖南省红十字基金会“云帆基金”的资助对象的材料**，如：经济困难家庭提供单位、社区或村里的证明，特定对象提供相应工作证复印件或单位证明等相关材料；以及疾病的诊断。

4、申报资料由**申请人**或其**法定监护人负责填报**，并保证所有资料的真实性和完整性。申请人委托办理资助的，须提供申请人的委托证明及被委托人身份证。

**5**、本申请表的递交并不代表一定能获得资助**，申请资料一经递交不予退回。**

6、出院后，向“云帆基金”管委会提供以下材料用于申请资助（定点医疗机构可以代收）：

1. 湖南省红十字基金会“云帆计划专项基金”资助申请表
2. 湖南省红十字基金会“云帆计划专项基金”资助知情书
3. 本人身份证（或户口簿）复印件
4. 本人银行卡（或存折）复印件，并写上分行、支行、分理处
5. 定点医疗机构的疾病诊断证明书
6. 定点医疗机构的“湖南省医疗住院收费票据”复印件

7、核准资助的对象名单将在定点医疗机构**公示姓氏及住院号**，**申报即代表申请人同意公示所有申请内容。**

**8**、**云帆基金资助为一次性资助**，申请人只能获得一次。

9、对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，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，并承担相关法律责任。

我确认已经阅读和知悉，并同意以上全部条款，所有申报属实。

申请人（法定监护人）签名：

 日期： 年 月 日