|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 北京市仁爱慈善基金会救助计划申请表  项目名称：千家爱 | | | | | | | |
| **患儿基本情况（以下信息一经修改，请及时通知）** | | | | | | | |
| **患儿姓名** |  | **性别** |  | **民族** |  | | **照**  **片** |
| **出生年月** |  | **户籍** | |  | | |
| **身份证号** |  | | | | | |
| **就诊医院** |  | | | **入院时间** | |  | |
| **就诊科室** |  | | | **联系电话** | |  | |
| **疾病诊断** |  | | | | | | |
| **病情简介** |  | | | | | | |
| **治疗方案** |  | | | | | | |
| **自筹费用** |  | | | **申请救助** | |  | |
| **已花费用** |  | | | **预计还需** | |  | |
| **家庭基本情况（以下信息一经修改，请及时通知）** | | | | | | | |
| **家庭情况** |  | | | | | | |
| **监护人**  **姓名** |  | **性别** |  | **与被救助者关系** | |  | |
| **联系方式** |  | | | | | | |
| **监护人**  **身份证号** |  | | | | | | |
| **监护人身份证复印件** |  | | | | | | |
| **区域负责人**：  **初级审核**：  **最终审核**： | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

肖像使用授权书

授权方（患儿）姓名： 身份证号：

监护人（家长）姓名： 身份证号：

被授权方：北京仁爱慈善基金会、湖南省人民医院

**本人同意：**在本人接受被授权方《千家爱孤残儿童救助项目》的资助过程中，被授权方及其定点医院采集的含有本人肖像的全部照片及影像资料（以下简称肖像资料） 的肖像权同意授权给北京仁爱慈善基金会、湖南省人民医院使用。

**本人授权：**北京仁爱慈善基金会和湖南省人民医院有权以非营利为目的，在国内外各媒体或媒介、各公募平台上无偿使用肖像资料中所含的本人肖像的全部或局部。北京仁爱慈善基金会和湖南省人民医院依本授权书使用肖像资料或肖像资料中所含的本人肖像的全部或局部时，无需另行通知本人。

**授权期限：**永久。

监护人（家长签名并按手印）：

年 月 日