 附件 2 天使宝贝救助申请表2025版

**天使宝贝救助申请表**

|  |
| --- |
| 患儿生活照片（五寸一张）黏贴处 |

患者姓名： 性别： 出生日期：

身份证号：

户籍地址： 省 市 县

现居住地址： 省 市 县

患者监护人姓名： 与患者的关系：

联系人①： 联系方式： 身份证号：

联系人②： 联系方式： 身份证号：

可报销类型：无 医保 新农合

是否购买商业保险：有 无

其它资助公益基金名称：

了解到天使宝贝基金会的渠道来源：

申请日期： 年 月 日

监护人签字：

上海浦东新区杨高中路2108号天物空间A栋V16 天使宝贝公益基金会 4008213995 1/4

 附件 2 天使宝贝救助申请表2025版

申请救助须知

1.请监护人仔细阅读并签署知晓同意，所有向上海天使宝贝公益基金会（以下称：天使宝贝）申请救助的孩子须填写《天使宝贝救助申请表》，并提供相应的证明材料，该登记表格的解释权归天使宝贝。

2.天使宝贝救助范围为0-14岁意外伤害经济困难家庭的儿童（溺水、中毒、车祸、坠楼、烧烫伤），其中在烧烫伤患儿的救助上，除了烧伤急救外，天使宝贝救助的瘢痕整复手术只限于功能整形，美容整形不在救助之列，功能整形和美容整形的界定依据医院方面的评定。

3.患儿申报资料审核通过后，不代表天使宝贝会负担患儿所有的医疗费用，医疗费用以家人自筹资金为主，社会捐款为辅。4.患儿的所有申报资料由患儿的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性。对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，天使宝贝将追索其所获得的全部医疗资助，情节严重者将对其采取行政或法律手段进行诉讼。

5.所有得到医疗资助的患儿监护人均有责任和义务配合天使宝贝用于公益目的宣传和采访活动，并同意使用照片、录像等资料。

6.如发生资助患儿放弃治疗或者发生变故需要终止救助，监护人必须提供患儿在医院期间完整病程记录，包含各项检查，治疗，护理方面记录或者报告。

7.本项目申请不收取任何费用。天使宝贝拨付的款项性质为医疗救助，并非生活资助，仅用于补助患儿就医时的医疗费用支出。如审核通过，救助款将直接划款至患儿所在医院的账户上，出院或患儿放弃治疗或发生变故需要终止救助的，患儿家属在办理出院结账手续时必须明确告知医院剩余资助款应全部退回天使宝贝账户。如果患儿监护人未经天使宝贝同意擅自支取剩余资助款，或者临出院擅自开出超出孩子正常用药剂量的药品，天使宝贝保留向患儿家属追索剩余

资助款的权利，情节严重者将对之采取行政或法律手段进行诉讼。

8.在患儿办理出院手续半年后，天使宝贝有权将收到的剩余救助款转给其他需要帮助的患儿使用。

9.出院后，若患儿监护人回户籍地办理社保或新农合等医保报销，天使宝贝倡议患儿监护人将报销部分款项捐赠给天使宝贝用于帮助其他患儿。

10.申请救助需提交资料清单：

1）《天使宝贝救助申请表》；

2）诊断证明原件（须含院方疾病证明公章）；家庭经济情况证明原件（须含村委、乡镇公章）

3）患儿照片（生活照片三张，受伤照片三张），可电子版发送工作人员；

4）求助信（事情发生的起因，治疗的经过，所需费用，目前状况）；落款处写监护人姓名和身份证号码

5）含患儿户口本整本复印【如若父/母不在同一册，另行复印】；以及父母身份证正反两面复印件；

11.如申请救助审批通过后，拨款救助完成，监护人在出院结账之前与天使宝贝工作人员取得联系，确定金额使用情况，患儿出院结账后需提供的结账说明：

1）天使宝贝全额资助本次患儿治疗费用（如有余款，患儿家属应明确告知医院款项退回天使宝贝基金会原账户），监护人应提供医疗收费票据原件，出院小结，费用明细等完整结算材料2）天使宝贝资助本次患儿治疗费用低于患儿本次治疗结算费用，患儿监护人提供医疗收费票据复印件（医院盖章）及出院小结、费用明细、农合报销结算单、交天使宝贝留存。

我确认已经阅读了以上全部条款，理解并同意全部条款及相关申报规定。

 患儿监护人签字：

年 月 日

上海浦东新区杨高中路2108号天物空间A栋V16 天使宝贝公益基金会 4008213995 2/4