**“新氧联合公益救助计划”申请表**

申请人户籍所在地： 省（直辖市、自治区） 县（县级市） 街道/乡（镇）

|  |
| --- |
| **一、申请人基本信息** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 月收入 |  |
| 现居住地址 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 家庭成员简况 | 姓 名 | 与申请人关系 | 工作单位/收入来源/在读学校 | 月收入（元） |
|  |  |  |  |
|  |  |   |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 家庭困难类型 | 🞎低保户 🞎建档立卡脱贫户 🞎五保户 🞎其他 |
| 医保类型 | 🞎城乡居民医疗保险 🞎城镇职工医疗保险 🞎其它  |
| 申请理由及家庭情况说明：（从患者个人原因、病症带来的影响、家庭家庭人口、身体健康、工作收入、重大事故等方面进行描述） |
| **二、申请人病情（需提供患处照片）** |
| 病症类型（可多选） | 🞎小耳畸形 🞎唇裂/腭裂/唇腭继发唇鼻畸形 🞎黑毛痣🞎鼻畸形 🞎头面部瘢痕 🞎体表肿物 🞎双眼皮修复🞎颌面畸形 🞎其他（请写明）  |
| 患病原因 | 🞎先天 🞎意外 |
| 患病\求医经历：（患病经历可从患病时间、患病地点、如何患病、确诊医院等方面进行描述；求医经历可从医院看诊时间、医院诊断、医院治疗方案和预算等方面进行描述） |
| **本人声明：以上内容及本人提供的申请材料清单全部完全属实、合法、有效，如有虚假，本人愿意承担一切责任，包括但不限于撤回救助申请，或被取消救助机会，如已完成救助，可按照实际产生的救助费用支付相应款项。**申请人/监护人签字并按手印：年 月 日 |
| **申请救治机构** |  |
| **机构确认救助并加盖公章：** 年 月 日 |
| **三、申请人材料附件** |
| 患处照片（如果患处是面部，请帖正面、侧面的照片）身份证正面和反面或者户口本首页和患者信息页（未成年申请人需加贴监护人身份证正反面） |