**名医主刀“公益联盟”援助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | | 性 别 | |  | 年 龄 |  |
| 预约单编号 |  | | 疾病名称 | |  | | |
| 户籍类型 | □ 农村户口 □ 城镇户口 | | | | 职业 |  | |
| 联系电话 |  | | 身份证号码 | |  | | |
| 所在省 |  | | 所在市 | |  | 所在县 |  |
| 家庭详细住址 |  | | | | | | |
| 疾病描述 |  | | | | | | |
| 家庭成员 | | | | | | | |
| 姓名 | 与患者的关系 | 年龄 | | 文化程度 | | 职业 | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
|  |  |  | |  | |  | |
| 家庭年收入 |  | 当地人均年收入 | | | |  | |
| 造成家庭经济困难原因（即申请理由，如家庭成员的重大疾病情况或重大变故带来的经济负担） |  | | | | | | |

请至少提供一位证明人。如为农村户口，其中一位证明人必须为居委会干部或工作人员等；如为城镇户口，其中一位证明人可为单位人事部干部或单位同事。

证明人签名： 身份证：

电话： 地 址：

证明人签名： 身份证：

电话： 地 址：

证明人签名： 身份证：

电话： 地 址：

（本人保证以上资料正确无误并愿意承担因虚报引起的法律责任）

**名医主刀公益联盟委员会讨论决定：**

同意资助 元整手术治疗费用。

申请人签字： 名医主刀负责人签字：

盖章

年 月 日 年 月 日

备注：1.最终解释权归上海创贤网络科技有限公司所有。

2.名医主刀公益联盟委员会有权对获捐助的患者定期进行抽查，核对个人信息 和疾病资料，如发现信息不实或条件不符合，将立即停止捐助。

# 村委会、乡（镇）政府审核意见（农村患者）

|  |  |
| --- | --- |
| **村委会**、**乡镇 政府** 审核意见 (家庭情况是否属实） | 年 月 日 年 月 日  （ 盖章 ） （ 盖章 ）  **村委会电话（必填） 乡镇政府电话（必填）** |

# 居委会、街道办事处审核意见（城镇患者）

|  |  |
| --- | --- |
| **居委会、街道 办事处** 审核意见 (家庭情况是否属实） | 年 月 日 年 月 日  （ 盖章 ） （ 盖章 ）  **居委会电话（必填） 街道办事处电话（必填）** |

**备注：盖章的贫困证明与此页可二选一。 若提供贫困证明，贫困证明中需有开具 此证明的办公电话。 属低保家庭，需提供低保证及低保存折复印件。**