**广东省红十字会 中山大学附属第一医院**

**“关爱脊柱侧弯患者”项目申请表**

填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性别 | | |  | 出生年月日 |  |
| 身份证号码 |  | | | | | 电话 |  |
| 母亲姓名 |  | | 身份证号码 | | |  | |
| 父亲姓名 |  | | 身份证号码 | | |  | |
| 父母联系电话 | / | | | | | 邮编 |  |
| 家庭住址 | 市 县（市、区） 镇（乡） 村 | | | | | | |
| 是否低保家庭 | □是 □否 | | 是否单亲家庭 | | | | □是 □否 |
| 诊断 | 专家签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 参加医保情况 | □城镇医保 □新农合 □未参保 □其他 | | | | | | |
| 市红十字会审批意见  （盖章）    年 月 日 | | | | 省红十字会审批意见  （盖章）    年 月 日 | | | |

|  |
| --- |
| 家庭困难情况自述  本人保证上述资料正确无误并愿意承担因虚报引起的法律责任。  申请人签字：  时间： 年 月 日 |

注：家庭困难情况自述

要求： 1.手写。

2.内容尽量详细，主要描述家庭具体贫困程度，造成贫困的原因。

3.必须本人在本页签名。不会写字者可找人代写，代笔人需签名；患儿由监护人签名并按手印确认。

乡（镇）政府、民政部门审核意见（农村患者）

|  |  |
| --- | --- |
| 乡（镇）政府审核意见 | 民政部门审核意见 |
| 年 月 日  （ 盖 章 ） | 年 月 日  （ 盖 章 ） |

备注：乡、镇政府和民政部门对申请人家庭情况是否属实进行审核

街道办事处、民政部门审核意见（城镇患者）

|  |  |
| --- | --- |
| 街道办事处审核意见 | 民政部门审核意见 |
| 年 月 日  （ 盖 章 ） | 年 月 日  （ 盖 章 ） |

备注：街道办事处和民政部门对申请人家庭情况是否属实进行审核

|  |
| --- |
| 此处粘贴相关户籍资料、病历等资料： |