**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： |