基金名称： 编号：

 **浙江省阳光教育基金会儿童康复教育项目申请表**

儿童姓名： 性别: 出生日期： 年 月 日

家庭地址： ­市 县（市、区） 乡（镇） 村

监护人姓名： 身份证号码：

固定电话： 手 机：

 申 请 须 知

1、浙江省阳光教育基金会（以下简称基金会）开展的“残障儿童康复教育”项目，旨在帮助年龄在15周岁以下（如聋儿语训、自闭症等疾病）急需康复教育，但因家庭经济困难无能力持续进行治疗的残障儿童。

2、申请人及其监护人须自愿填写本申请表，并提交患儿病情、监护人身份证、户口本、户籍所在地乡镇级人民政府（街道办事处）出具的贫困证（低保证或困难救助证）、参加新型农村合作医疗或医疗保险证明等材料复印件，所有材料均一式两份。患儿家庭向基金会提出书面申请后，参加基金会定点医院康复教育功能恢复评估。

3、患儿审核通过后，可在定点医院进行康复治疗，资助款由基金会直接拨至就医医院，专项用于康复教育治疗。

4、申请人及其监护人须保证所有申报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，一经发现，将不予资助；如已获资助，将依法追索其所获得的全部资助款。

5、“残障儿童康复教育”项目是基金会推出的公益救助项目，需要推广，接受社会捐赠，所以患儿家庭须配合做好相关公开宣传工作，在征得当事人同意的情况下，基金会有权使用其文字、照片和影像等资料。

6、资助款仅用于患儿康复教育医疗费用，不得提现。

7、设立“残障儿童康复教育”专项基金，坚持四化公益原则，即“资助对象明确化、捐赠流程简便化、捐款金额公开化、项目进展透明化”。

8、基金会不承担因医疗事故或其他纠纷引起的任何法律责任。

9、基金会：联系电话：0571-28197910、28197906；

网址：<http://www.chinashine.org/>（浙江省阳光教育基金会）。

10、申请人及其监护人确认完全了解以上条款，并同意所有申报规定。

监护人签字： 年 月 日

**残障儿童基本情况登记表**

 编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人家庭基本情况 | 患儿姓名 |  | 所患病种 |  |
| 医疗费用预算 |  | 是否有医保 | □是 □否 |
| 家庭人口 |  | 家庭年总收入 |  |
| 家庭成员 及经济情况 | 姓名 | 关系 | 工作单位 | 月收入 | 人均年收入（元） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 户籍所在地证明 | 乡镇人民政府（街道）的贫困证明 | 负责人签字： 单位盖章 年 月 日 |
| 医院就治意见 | 医院名称 |  | 就诊科室 |  |
| 主治医生建议： 单位盖章 年 月 日 |
| 资助审核 | 浙江省阳光教育基金会意见 | 经审核，决定资助 （金额大写）。经办人签字：负责人签字： 位盖章  年 月 日  |

 申请资助所需提供的相关情况介绍及材料

一、家庭情况简述（家庭成员、家庭年总收入、家庭可承担费用等）：

二、患病儿童情况简述：(请参考下面的附注说明,尽可能详细一些)

1、孩子是什么时候确诊为疾病的？确诊医院是哪家？

2、确诊后现在是否住院治疗? 若是，在哪家医院进行治疗？治疗的情况如何？

3、孩子治疗的花费情况如何？完成治疗还需要多少治疗费？

4、孩子是否有医疗保险？如有，具体报销情况如何？

5、其他情况。

三、申请所需材提供的材料

1、身份证明（患病儿童、监护人的户口簿及身份证复印件）

2、患病儿童病情诊断书（定点就医医院出具的符合救助病种的诊断证明）

3、参加医疗证明（已参加医疗保险证明复印件）

4、贫困证明