**笑玮儿童血管瘤胎记治疗基金申报须知**

1. 笑玮儿童血管瘤胎记治疗基金资助申请表由中国华侨公益基金会笑玮儿童血管瘤胎记治疗基金管理委员会办公室印制并负责解释；
2. 笑玮儿童血管瘤胎记治疗基金资助对象为贫困家庭的14周岁以下（含14周岁）青少年血管瘤胎记患者；
3. 患者的所有申报资料由患者或患者的法定监护人负责填报，并保证所有资料的真实性和完整性；
4. 本申报表的递交并不表明肯定获得资助；
5. 笑玮儿童血管瘤胎记治疗基金管理委员会办公室负责所有申报资料的审核和建档工作；
6. 得到笑玮儿童血管瘤胎记治疗基金资助的患儿，笑玮儿童血管瘤胎记治疗基金将根据患儿的病情给予不同金额的资助。
7. 对申报资料中出现的虚假、伪造或隐瞒等行为，一经发现，评审办公室将不予资助。
8. 获得资助的患者以及患者的监护人有责任和义务为评审办公室提供必要的文字、照片、影像等资料，配合评审办公室的宣传和采访活动，并同意使用其照片、等资料。

我确认已经阅读和知悉了以上全部条款，并同意所有申报规定。

患者（监护人）签字

年 月 日

**申请所需材料清单**

1. 申请人的户口或身份证明（复印件）

二、申请人父母（或监护人）的身份证及户口证明（复印件）

三、提供申请人（患者）正面生活照（5寸照片）及证件照各1张

1. 笑玮儿童血管瘤胎记治疗基金申报须知

五、笑玮儿童血管瘤胎记治疗基金项目申请表格（可以从www.qlgy.org网站-表格下载中下载）

六、患儿在县级以上医疗机构（或者基金指定医院）初步体检报告及诊断证明。

七、上述材料请邮寄项目管理办公室，地址及电话：

北京市东城区北新桥三条甲1号，中国华侨公益基金会笑玮儿童血管瘤胎记治疗基金 项目办公室收，邮编100007。

联系人：代丹丹

电话：010-68107808

邮箱：OCCFC11@126.COM

请注明“申请笑玮儿童血管瘤胎记治疗基金”资助

**笑玮儿童血管瘤胎记治疗基金资助申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 患病类型 |  | 民 族 |  | 籍 贯 |  |
| 联系人姓名 |  | 与患者关系 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | | | 邮编 |  |
| 申请资助基本情况介绍（详细填写本人家庭主要情况，家庭生活来源，生活困难状况，是否列入最低生活保障等） |  | | | | |
| 家庭所在地区乡（镇）政府  推荐意见 | （盖章） | | | | |
| 家庭所在地区县、区政府或民政局推荐意见 | （盖章） | | | | |
| 基金会秘书处审核意见 | （盖章） | | | | |